

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

PAOLA PEREIRA DE OLIVEIRA

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: TRAJETÓRIA, DEMANDAS E
ENFRENTAMENTOS NO ÂMBITO HOSPITALAR**

**FLORIANÓPOLIS
2009/2**

PAOLA PEREIRA DE OLIVEIRA

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: TRAJETÓRIA, DEMANDAS E
ENFRENTAMENTOS NO ÂMBITO HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social do Centro Sócio Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Msc. Patrícia Freitas
Schemes Assumpção

PAOLA PEREIRA DE OLIVEIRA

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: TRAJETÓRIA, DEMANDAS E
ENFRENTAMENTOS NO ÂMBITO HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social. Departamento de Serviço Social, Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora

Patrícia Freitas Schemes Assumpção
Professora Msc. Departamento de Serviço Social

1ª Examinadora

Cleide Gessele
Professora Msc. Departamento de Serviço Social

2ª Examinadora

Mariana Silveira Barcelos
Assistente Social HU/UFSC – CRESS - 3355/ 12ª Região

Florianópolis, dezembro de 2009

“[...] Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena acreditar no sonho que se tem, ou que seus planos nunca vão dar certo, ou que você nunca vai ser alguém [...] Confie em si mesmo, quem acredita sempre alcança [...]”.

(Renato Russo)

AGRADECIMENTOS

“Tantas vezes pensamos ter chegado. Tantas vezes é preciso ir além.”
Fernando Pessoa

Agradeço primeiramente a quem me proporcionou a vida, e principalmente em ter me possibilitado que eu superasse inúmeros obstáculos já desde muito “pequeninha”, quando eu ainda nem imaginava as injustiças e dificuldades da vida. Tenho certeza que ele esteve em meu lado, mesmo nos raros instantes em que eu não acreditava, em decorrência de tanto sofrimento. ELE estava lá desde a gestação de minha mãe, e em todos os momentos posteriores em que tudo caminhava para não dar certo à mim. Sei também, que ele enviou um anjinho em minha vida durante todos estes anos, me livrando de pensamentos ruins, pessimistas, negativos e sentimentos de revolta (apesar de em determinadas fases eles existirem!). ELE, esteve presente em TODOS os momentos de dificuldade, solidão, tristeza, enxugando minhas lágrimas durante a madrugada, e me dando forças para eu continuar seguindo em frente, apesar de eu enfrentar muitos impedimentos, que por alguns minutos me desanimavam. Muitas pessoas presenciaram momentos de alegrias, e alguns de tristeza, porém só eu e ele sabemos de TODOS aqueles momentos em que as coisas não estavam bem, mas que não havia outra escolha, afinal com a ausência de meus pais, eu tive que aprender a lutar sozinha, e vencer algumas fases delicadas, como trabalhar para pagar cursinho, trabalhar 9 h por dia durante a faculdade para custear as minhas despesas, economizar dinheiro para me manter durante o período de estágio. E nas diversas vezes em que chegava em casa exausta, cansada da caminhada difícil... quem estava do meu lado? ELE!

À um dos anjos que ele enviou para suprir ausência de pai e mãe, chamada Lu, que além de ter exercido estes papéis, foi minha tia, madrinha, amiga, companheira, conselheira, enfim meu suporte social e emocional! Sinceramente não sei o que eu seria se não fosse ela durante todos estes anos, foi ela que fez os deveres comigo, que amarrou minhas “chucas”, que me buscou nas primeiras “baladinhas”, que me levava ao colégio, ao hospital nas inúmeras vezes que tive amigdalite, etc. Foi com ela que sempre contei quando eu precisava principalmente desabafar, e com quem estou morando atualmente - por necessidade-, quero que saibas que tentei durante todos estes anos sempre ser uma “boa sobrinha”, lhe dando motivos de muito orgulho! Foi a forma que encontrei de retribuir tudo que você me faz desde quando me pegaste definitivamente com meus pais, quando eu tinha apenas 1 ano de idade. NÃO TENHO PALAVRAS PARA DESCREVER A MINHA IMENSA GRATIDÃO, CONSIDERAÇÃO E AMOR QUE SINTO POR VOCÊ!

À minha vó que apesar de sua personalidade muito difícil e por vezes até cruel, me proporcionou a satisfação de necessidades básicas como, um canto em sua casa para eu morar, comida, educação, princípios... etc! Você foi a pessoa que mais presenciou toda a minha caminhada difícil, e se não fosse você para fazer meus almoços e minhas jantas, não sei o que seria! Obrigada por tudo! Juro que tentei durante muitos anos te entender, e agüentar o que eu podia, mas cheguei no meu limite infelizmente....Mas sei que de alguma forma você sente afeto por mim e está sentindo orgulho, apesar de não ter concordado com a idéia de “fazer faculdade”...

À minha tia (e madrinha também) Angelita agradeço também imensamente por ter sido a pessoa que me incentivou a tentar o vestibular, fazer faculdade, e continuar levando os estudos a sério, da forma que eu sempre levei. Acho que se não fosse o seu “empurrãozinho” eu não estaria me formando! Muito Obrigada pelo amor e apoio!!!

À Zete que nos momentos em que eu ficava doente, se deslocava de sua casa para levar um “remedinho”, uma “comidinha”, ou simplesmente ver se eu precisava de alguma coisa. Agradeço também aos “trocadinhos” que tem me dado para me ajudar nas despesas durante o estágio (é difícil encontrar pessoas que ganham tão pouco e ainda se preocupam com as demais! Obrigadaaaaa!).

À minha tia Nete, que me levava quando criança em praticamente todas as festas e aniversários que ia com meu tio! Acho que devo a você eu gostar tanto de dançar e sair! (risos).

Ao restante da minha família: tios, primos, irmãos, por terem feito parte da minha história durante todos estes anos. Sei que não compreendem muito o que de fato é ser Assistente Social, mas garanto a vocês, que foi a melhor e mais bonita decisão de todas que tomei em minha vida! Sei também que ficaram surpresos quando eu passei no tão sonhado vestibular da UFSC! Aprendi que quando desejamos algo, devemos ir até o fim, mesmo com todos os impecilhos que surgirem, e que quando não temos nada e começamos do zero, damos muito mais valor as coisas! Esta é apenas mais uma etapa da minha vida que venço com muito orgulho, através de muito esforço e dedicação! Agora está explicado a vocês o porque eu levava os estudos tão a sério.

À minha querida orientadora Patrícia agradeço IMENSAMENTE, pois contribuiu significativamente para o resultado deste trabalho, através de seus ensinamentos, compreensão, dedicação, paciência e responsabilidade. Foi um prazer lhe conhecer e te ter como minha orientadora durante estes meses, me entendendo nos momentos de desânimo em especial na última semana, me incentivando para seguir em frente, e principalmente em ter

contribuído para este processo não ser tão doloroso. Tenho um apreço imenso por você e meu agradecimento em especial vai para ti: MUITO OBRIGADA! Que Deus te ilumine ainda mais, você foi maravilhosa! Ah e por ter me entendido na integralidade também, sinceramente nunca imaginei que a pessoa que menos iria me estressar seria minha orientadora! (risos).

À Professora e Msc. Cleide e à Assistente Social Mariana, em terem aceitado com tanto carinho participar de minha banca, podem ter certeza que foram escolhidas com a mesma afeição! Ao querido Professor e Msc. Valter que também contribuiu neste processo, seja em suas aulas, nas conversas, e em ter aceitado ser meu Suplente.

À Assistente Social Carmem Lúcia Blasi Villari, por ter me transmitido os seus ensinamentos e me entendido nos momentos em que precisei, Obrigada! À minha ex. colega de estágio Gabi, por ter me auxiliado quando eu precisava de algum “favorzinho”, obrigada querida! E conte comigo quando chegar sua vez! À Vivi e a Fê, estagiárias da Psicologia, com quem compartilhei tantas trocas nos atendimentos, como foi gostoso trabalhar do ladinho de vocês!

Ao meu querido namorado Daniel, sei que foi muito difícil esta fase para a gente, ainda mais para quem se via quase todos os dias, mas quero que saiba que foi mais difícil ainda para mim em te dizer tantos não! EU TE AMO MUITO e estou concluindo o curso pensando também em nosso futuro! Aliás como você mesmo disse “falta pouco para a gente ser feliz”...

Aos meus queridos amigos (e meu namorado) que me ajudaram nos momentos de total desespero em que meu computador por diversas vezes deu problema, inclusive nas vésperas da entrega!!! Gui, Thiago jamais vou esquecer da força que me deram!

À minha amiga, xará e também futura Assistente Social Paolla, com certeza foi Deus que me deu de presente a sua amizade neste momento tão propício! Que a nossa amizade continue ultrapassando o HU, a trajetória acadêmica e perdure para sempre em nossas vidas!!! Obrigada por todas as inúmeras conversas no msn, por telefone e em nossos longos almoços, pelos trocas, desabafos, e pela ajuda naquele domingo que te liguei desesperada! Aliás, as únicas pessoas que nos entendiam perfeitamente eram nós mesmas, será porque né? (risos). EU TE AMO MUITO AMIGA QUERIDA! Sucesso para você em seu mestrado e em sua vida pessoal.

Aos meus eternos amigos que compartilharam comigo momentos de tensão, preocupação, estresse, aprendizado, crescimento, mas também muitas risadas! Rê e Jony eu os amo demais, meus verdadeiros amigos, e brilhantes acadêmicos! À Diane que foi amiga dentro e fora da faculdade, e apesar de ter se formado primeiro, demonstrou com apenas um

gesto que a nossa amizade continua! Sempre irei lembrar e sentir saudades das nossas baladinhas e pagodes! À Carol, pelas caronas até o condicionamento físico e em nossas tantas confidências trocadas e conversas jogadas fora. À Jaque, Pâmela que me incentivaram a continuar quando no semestre passado, pensava em trancar a disciplina de TCC, vocês foram 10! E ainda a Professora Izabel que conversou comigo algumas vezes, pacientemente e carinhosamente, durante esse obstáculo que enfrentei, me dando força para seguir em frente com o TCC! Você foi 1000! À Rô também que me ajudou muito neste período! Obrigada, fico orgulhosa de me apoiarem tanto!!!

À Dani Andrade, a pessoa com quem vivi momentos intensos na faculdade, trabalhos, provas, seminários, lanches, sushis, pizzarias, fondues, caronas, lágrimas, gargalhadas, nervosismo, abraços, tudo! Lembro quando você brigava comigo pois chegava do serviço atrasada para aula e não comia nada de tanta correria! E ainda quando você me ouviu um dia que eu estava precisando e me disse coisas lindas e confortantes! Podes ter certeza que assim como você me admira eu te admiro ainda mais! Somos abençoadas por Deus e temos provas concretas disto!!!

Às colegas atuais, Maria Gabi (com quem compartilhei momentos de tensão pelo msn), Patrícia Rúbia, torço muito para que você consiga terminar o seu tcc e espero ter contribuído de alguma forma! À Amanda, pela convivência em algumas fases e especialmente durante o tcc. À Manu querida, minha companheira nas aulas de supervisão de estágio, nos muitos momentos de participação e crítica, iremos curtir muito juntas no nosso baile! Nós merecemos!

À minha mais nova amiga Jany, pela força e demonstrações de carinho e preocupação.

E por último, mas não menos importante aos profissionais do Ciaprevi , à minha atual supervisora Miriam, pela compreensão, e às estagiárias (Maiully, Tay, Greicy – adoro vocês!) por terem acompanhado todo o processo, e por inúmeras vezes me incentivarem, dando uma palavra de apoio, conforto, preocupados comigo! Vocês ficarão em minha memória para sempre!

Sei que me prolonguei demais, mas neste percurso muitos foram as pessoas que compartilharam de alguma forma para esta conquista, pessoas especiais que sinto eterna gratidão.

Muito Obrigada do fundo do meu coração!

Paola Pereira de Oliveira

RESUMO

O presente trabalho tem como foco de discussão as demandas apresentadas pelas famílias com crianças e adolescentes internados na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário, tendo em vista as mesmas ultrapassarem a questão da saúde da criança e o questionário sócio econômico aplicado, com a finalidade de evidenciarmos as mesmas, e ressaltarmos a importância de uma visão pautada na integralidade do sujeito. Utilizamos a pesquisa descritiva, explicativa, delineadas pela pesquisa bibliográfica, com o intuito de enriquecer e respaldar nosso trabalho. No âmbito da saúde, ressaltamos que as produções da autora Bravo, contribuíram como principal referência. Para tanto iniciamos apresentando um resgate da trajetória da política de saúde no Brasil, abrangendo desde a década de 1930, na qual a saúde era assistencialista, até a década atual, com o desmonte do Estado e sua desresponsabilização nesta área, após conquista do movimento sanitário na transformação da mesma em universal. Em seguida um breve histórico sobre o Serviço Social e sua inserção neste contexto, prosseguindo com a atuação deste profissional na área da saúde.

Na segunda seção, explana-se sobre o *locus* do estágio realizado, para compreendermos a dinâmica da Instituição inserida. E logo após, elucidamos sobre as ações profissionais do profissional de Serviço Social, pautadas em categorias como a integralidade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, na contribuição da identificação das demandas, bem como, os processos sócio-assistenciais, dando ênfase às ações sócio-educativas de Miotto e Nogueira (2006), em decorrência de serem constantes no cotidiano profissional dos Assistentes Sociais do Hospital Universitário.

E por último, após um determinado entendimento sobre o contexto e conjuntura em que realizamos nosso trabalho, elucidamos com a caracterização das famílias e análise das demandas apresentadas pelas mesmas, (objetivo de nosso trabalho), articulando com os referenciais teóricos apreendidos na esfera acadêmica, e praticados durante o estágio.

As famílias apresentam determinantes sociais de vida e trabalho que podem interferir no processo saúde-doença das crianças e adolescentes, em decorrência da qualidade de vida precária que vivem, com os genitores em empregos informais, com salários baixos, ausência de planejamento familiar, baixo nível de escolaridade, e a significativa presença da rede de apoio, como estratégia de garantir as necessidades básicas de todos os membros da família, bem como expressões da questão social decorrentes dessa subalternidade, como a violência. Diante das demandas expostas tornam-se de suma importância as ações profissionais do Serviço Social, a estas famílias, viabilizando direitos que lhe são garantidos nos marcos legais.

Palavras chaves: Política de Saúde; Serviço Social; Hospital; Famílias; Crianças; Demandas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAHU** - Projeto do Serviço Social junto a Associação de Amigos do HU
- CAPs** - Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CEBES** - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CEJA** – Centro de Educação de Jovens e Adultos
- CEME** – Central de Medicamentos
- CIHDOTT**- Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
- CIMS** - Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde
- DATAPREV** – Empresa de tecnologia e informações da Previdência Social
- DSS** - Departamento de Serviço Social
- ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente
- HU** - Hospital Universitário
- IAPs** - Institutos de Aposentadorias e Pensões
- INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social
- LEVA** - Projeto de Atuação do Serviço Social junto ao Laboratório de Estudos da Voz e Audição
- LOAS** - Lei Orgânica de Assistência Social
- LOS** - Lei Orgânica da Saúde
- MEC** - Ministério da Educação e Cultura
- NIPEG** - Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- ONG's** – Organizações Não Governamentais
- SINPAS** - Sistema Nacional de Previdência Social
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- SUDS** - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UFSC** – Universidade Federal de Santa Catarina
- UIP** – Unidade de Internação Pediátrica
- UTI** - Unidade de Terapia Intensiva;

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL.....	15
1.1 RESGATE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL..	15
1.2 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	29
2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCUS DE ESTÁGIO E AS AÇÕES PROFISSIONAIS.....	37
2.1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HU.....	37
2.1.1 Serviço Social no HU.....	39
2.1.2 Unidade de Internação Pediátrica.....	41
2.2 BREVE REFLEXÃO SOBRE AS AÇÕES PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE.....	41
3 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS ATENDIDAS NA UIP DO HU E ANÁLISE DOS DADOS E DEMANDAS APRESENTADAS.....	47
3.1 REFLEXÕES ACERCA DAS DEMANDAS FAMILIARES.....	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS.....	75

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso, traz reflexões a partir da experiência de estágio curricular obrigatório I e II, disciplina do curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina (DSS/UFSC), que se realizou no período de agosto de 2008 a julho de 2009, na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), da UFSC e que proporcionou uma visão ampliada sobre o usuário e a questão da saúde como um direito, assim, o interesse pela temática estar diretamente relacionado a esta prática.

O tema do presente trabalho surgiu no contexto da identificação das demandas junto às famílias com crianças e adolescentes¹ internados na UIP, através dos acolhimentos realizados a essas. Durante o estágio supervisionado, foi possível observar as dificuldades enfrentadas pelos pais durante o processo de internação. Percebe-se, que a ausência de saúde é apenas uma das muitas situações enfrentadas diante das dificuldades que a família possui, e isto será demonstrado através das demandas apresentadas, por meio das entrevistas realizadas, no período de estágio, com essas famílias, contexto em que se dá a intervenção do Assistente Social na Unidade.

O Poder Público não garante saúde a todos como previsto na Constituição Federal de 1988 e assim a recuperação da saúde torna-se principalmente uma luta pela sobrevivência, sendo estas famílias pertencentes a extratos da classe subalterna.

Conseqüentemente diante também da ausência de políticas de Proteção Social à população, em conseqüência do retraimento do Estado, a família é chamada a responder por esta lacuna sem receber condições para tanto. O Estado reduz suas responsabilidades na área social, repassando-as à família que não possui recursos sociais e econômicos devido sua situação de vulnerabilidade social.

Essas famílias apresentam por sua vez ao Serviço Social, durante a internação pediátrica de seus filhos, as demandas existentes em seu contexto familiar, que servem de matéria prima para nossa atuação profissional e refletem as condições de contexto acima elencado.

¹ O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu Art. 2º afirma que “Considera-se criança, para os efeitos da Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 2006, p. 23). Entre as entrevistas realizadas 37 foram com crianças e apenas 1 com adolescente.

Em consulta aos trabalhos de conclusão de curso elaborados a partir de estágio na UIP, observamos que as demandas implícitas², como são chamadas por Vasconcelos (2006), aquelas que estão atreladas a uma demanda inicial, são pouco discutidas nestas produções, restringindo-se ao perfil da população atendida, não aprofundando os demais aspectos das famílias e as ações profissionais frente a esta realidade. Assim, este trabalho tem por objetivo analisar as demandas identificadas pertencentes às famílias das crianças e adolescentes internados e a importância da ação profissional frente a identificação destas necessidades particulares dos sujeitos, visando contribuir com a qualificação do Serviço Social existente neste espaço sócio-ocupacional e fortalecer o reconhecimento dos demais profissionais sobre a importância do atendimento do profissional de Serviço Social durante a internação, ancorada no contexto sócio-cultural do país.

Para a elaboração deste trabalho foi realizada a pesquisa descritiva que para Gil (1999), têm como objetivo principal descrever as características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relação entre as variáveis; e pesquisa explicativa, que ainda para este autor, preocupam-se em identificar os fatores que determinam para a ocorrência dos fenômenos. Estas foram delineadas com pesquisa bibliográfica, através do levantamento bibliográfico de referências teóricas. Para Gil (1999, p. 65), “ela é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”; pesquisa documental, com o auxílio dos documentos da Instituição (entrevistas realizadas inicialmente sem intenção de utilizar no trabalho de conclusão de curso), bem como, consulta aos livros e documentos pertencentes a Unidade. Essa pesquisa é semelhante à pesquisa bibliográfica, porém ela utiliza materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reelaborados de acordo com a pesquisa, como por exemplo relatórios (GIL, 1999); e também com pesquisa qualitativa, pois analisou qualitativamente as situações atendidas, bem como os números.

Contudo, o presente estudo busca contribuir para evidenciar as demandas apresentadas ao Serviço Social na UIP, que ultrapassam a questão da saúde da criança, contribuindo à Instituição e aos profissionais inseridos na mesma, ou seja, não somente aos Assistentes Sociais, mas também à Equipe Interdisciplinar que atua na UIP.

Para tratar desta temática, o trabalho estruturou-se em três seções. Na primeira seção, utilizamos principalmente as produções de Bravo (2000, 2001, 2006 e 2007). Realizamos um resgate da trajetória da política de saúde no Brasil, onde se percorreu três importantes

² Para a autora, demandas implícitas, são demandas ocultas, que necessitam de desvendamento da realidade para serem percebidas.

períodos: assistencialista; previdencialista; e universalista. Destacamos os principais momentos desde a década de 30 até a década atual, dando ênfase ao enfrentamento dos dois projetos societários: O Projeto da Reforma Sanitária, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, e sua regulamentação na Constituição Federal de 1988, com suas diretrizes no atual Sistema Único de Saúde (SUS); e o Projeto Privatista, através do desmonte e da desresponsabilização do Estado, com a implantação do projeto neoliberal no país³, através de políticas de ajuste, com profundas reformas estruturais. Por último reforça-se, a necessidade do fortalecimento do Projeto da Reforma Sanitária, na defesa dos direitos conquistados na Constituição Federal, com a união e participação dos setores organizados da sociedade civil e o aprofundamento do controle social. Em seguida, realizamos um breve histórico da inserção da profissão do Serviço Social na saúde, que ocorreu primeiramente no âmbito curativo e com abordagem individual e somente na década de 1980 passa por transformações significativas, devido ao movimento da Reforma Sanitária, que na década de 1990 juntamente com o projeto profissional hegemônico do Serviço Social, confronta-se com o projeto neoliberal. Ainda no mesmo item realizamos um breve complemento sobre a atuação profissional do Serviço Social na saúde, enfatizando a pesquisa realizada por Ana Maria de Vasconcelos em seu livro “A prática do Serviço Social” (2006).

Na segunda seção, explana-se sobre o *locus* do estágio, primeiramente com a contextualização do HU, em seguida a atuação do Serviço Social dentro desta Instituição, e por último a Unidade em que se realizou o estágio curricular obrigatório. Ainda na segunda seção, discorre-se sobre a importância da atuação do profissional do Serviço Social junto às famílias atendidas, no sentido da identificação de suas demandas, através de ações profissionais, de instrumentos técnico-operativos, como a entrevista e o acolhimento, com a contribuição dos processos sócio-assistenciais e principalmente das ações sócio-educativas de Miotto e Nogueira (2006), e de categorias pautadas na integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Na terceira seção, discorre-se sobre os dados obtidos por meio da consulta às entrevistas realizadas (período de julho de 2007 à novembro de 2008 e março à julho de 2009), as quais subsidiaram nossas reflexões acerca da caracterização das famílias com crianças e adolescentes internados. Faz-se a análise das demandas trazidas pelas mesmas, fundamentando-as teoricamente através de outras referências pertinentes ao contexto, com o intuito de enriquecer a nossa reflexão.

³ Em 1990, inicia a implantação e o êxito ideológico do projeto neoliberal no Brasil (MATOS, 2003).

Por último, apresenta-se as considerações finais, com os aspectos e as demandas mais evidenciadas, identificadas com a contribuição das ações profissionais em uma reflexão sobre a importância de categorias como, o acolhimento, a entrevista e a integralidade, possibilitando transformar as demandas ocultas em demandas aparentes⁴.

⁴ Estas expressões são utilizadas por Vasconcelos (2006).

1 SAÚDE PÚBLICA E SERVIÇO SOCIAL

No primeiro item desta primeira seção, será apresentado um resgate histórico da política de saúde no Brasil, desde a década de 1930, período em que a saúde se caracterizava como assistencialista, perpassando por transformações significativas, até a década atual, com a tentativa de privatização do Estado, dos preceitos legais garantidos com a promulgação do SUS.

No segundo item será abordado brevemente a trajetória histórica do Serviço Social na Saúde, como se deu a inserção desta profissão nesta área. E prosseguindo, no último item desta seção, será elucidado a atuação profissional dos Assistentes Sociais neste âmbito.

1.1 RESGATE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, A CONQUISTA DO SUS E O PROJETO PRIVATISTA

Neste capítulo iremos abordar sobre a trajetória histórica da política de saúde no Brasil, e discorrer sobre seus avanços e retrocessos em uma sociedade com interesses antagônicos cada vez mais acentuados, onde a luta da sociedade por democratização possibilita o alcance de alguns direitos relativos à saúde.

Para Bravo (2001, p.21), a Política de Saúde no Brasil se apresenta a partir de três momentos significativos:

- Assistencialista - que envolve o período que antecede a 1930, onde o Estado não reconhece a questão social, enquanto objeto de sua intervenção política.
- Previdencialista - que desenvolve no período pós-30, onde o Estado passa a assumir a questão social, enquanto elemento de intervenção estatal. A Política de Saúde, nesse momento, abrange fundamentalmente os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, ou seja, aquele de carteira assinada.
- Universalista – fruto do processo de redemocratização da sociedade brasileira e legitimada na Constituição de 1988, mas que não foi implementada efetivamente, tendo impasses e regressão na década de 1990.

No período que antecede os anos de 1930, a atuação do Estado Brasileiro na área da saúde voltou-se para auxiliar o modelo de desenvolvimento econômico agroexportador e as

práticas sanitárias⁵ tinham o objetivo de controlar as doenças que ameaçavam e prejudicavam o desempenho da classe trabalhadora, na venda de sua força de trabalho e a dinâmica de produção capitalista. O modelo praticado era o Sanitarismo Campanhista⁶ que visava através de estruturas verticalizadas o combate das doenças, intervindo junto à população, estas ações apresentavam um caráter coletivo, vinculadas a conjuntura econômica vigente (KAZLOWSKI, 2008).

Correia (2007, apud KAZLOWSKI, 2008), as mudanças societárias advindas com o processo de industrialização trouxeram a redução de ações campanhistas e o crescimento da assistência médica via Previdência Social, facilitando o surgimento do modelo Médico-Assistencial Privatista.⁷

Para Bravo (2006), a formulação da política de saúde no Brasil nos anos de 1930 foi organizada em dois subsetores: saúde pública⁸ e medicina previdenciária⁹. A saúde pública até os anos de 1960 foi predominante e suas características eram: ênfase nas campanhas sanitárias, a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias. Em relação às populações urbanas a saúde teve como base a criação de condições sanitárias mínimas, todavia o mesmo não ocorreu com a população do campo, em que as receberam de forma restrita (BRAVO, 2001a).

⁵ A ação sanitária dirigia-se ao indivíduo através de um processo de inculcação para obter hábitos de higiene e assim manter em harmonia a relação saudável entre o homem e seu meio. Em outras palavras, essa nova fase da Saúde Pública começa a fazer ações individuais, tendo como principal instrumento a educação sanitária, exercendo assim a ação coletiva através do indivíduo. Durante essa fase, os Centros de Saúde não atendiam o indivíduo doente, salvo os Dispensários da Lepra e da Tuberculose. Os agentes incorporados pelas práticas médico-sanitárias, como por exemplo: os médicos exerciam a função de controlar os indivíduos sadios, ou seja, fazer a medicina preventiva (Ex.: puericultura). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v2n2/v2n2a06.pdf>>. Acesso em: 12 set.2009.

⁶ Modelo de atenção em saúde, orientada predominantemente para o controle de endemias (doença particular a um povo ou a uma região por motivo de causa local) e generalizações de medidas de imunização (WESTPHALL & ALMEIDA, 2001 apud, ZAZLOWSKI, 2008, p. 15)

⁷ Está voltado para, fundamentalmente, a chamada “demanda espontânea”. Este modelo, portanto, deve atender os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram por “livre iniciativa” os serviços de saúde [...] Esse modelo assistencial reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentem doentes (PAIM, 1999, apud, CHUPEL, 2005, p.14)

⁸ Saúde pública centra sua ação a partir da ótica do Estado com os interesses que ele representa nas distintas formas de organização social e política das populações. Na concepção mais tradicional, é a aplicação de conhecimentos (médicos ou não), com o objectivo de organizar sistemas e serviços de saúde, actuar em factores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença controlando a incidência de doenças nas populações através de ações de vigilância e intervenções governamentais. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%BAdede_p%C3%BABblica> Acesso em: 12 set. 2009.

⁹ Entre os anos de 1920 e os anos 1980, o Brasil conviveu com dois tipos de atenção à saúde, a saúde pública e a medicina previdenciária, sendo esta última restrita àqueles pertencentes às categorias de trabalho reconhecidas por lei e para as quais criou-se um seguro social. Somente são cidadãos aqueles cujas profissões são reconhecidas por lei, e para os quais foram criadas formas de proteção social, dando início à estrutura previdenciária da qual fazia parte a assistência à saúde. Disponível em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00007203&lng=pt&nrm=iso > Acesso em: 12 set. 2009.

Inicialmente, na medicina previdenciária, foram implantadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, as quais tinham como objetivo atender os trabalhadores que possuíam um vínculo formal de trabalho. Posteriormente foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), um marco na medicina previdenciária, que mantiveram a lógica de atendimento das CAPs, porém com orientação contencionista (BRAVO, 2006).

As CAPs, consideradas as mais importantes medidas no âmbito da saúde, bem como de higiene, ficaram conhecidas como Lei Elói Chaves, e contemplavam benefícios proporcionais às contribuições, tais como: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2001a).

Com as IAPs, Bravo (2006), afirma que devido a inclusão de outras categorias profissionais, houve uma redução dos serviços prestados, e apoiada em Oliveira e Teixeira (1986), cita também que um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi o rápido crescimento dos assalariados urbanos. Esse processo é resultante da industrialização e urbanização que ganhavam espaço na década de 1930, com transformações societárias que incidiram diretamente sobre a massa trabalhadora, ocasionando sua inserção no emprego formal.

Conforme Chupel (2008), a política de saúde ainda estava vinculada à política de previdência social, pois o atendimento às necessidades de saúde era limitado a algumas categorias profissionais e os que não possuíam direitos previdenciários eram excluídos. Nesta perspectiva a saúde ainda não era universal, tendo em vista que a grande maioria de parcela da população não estava vinculada ao mercado formal de trabalho e conseqüentemente tornava-se excluída do direito à saúde.

Segundo Bravo (2006) a política de saúde esboçada a partir de 1930, foi consolidada no período de 1945 a 1964, com atributos de racionalização administrativa e maior sofisticação às campanhas sanitárias, organizada ainda em dois subsetores - saúde pública e medicina previdenciária. Com relação à situação da saúde da população, ainda neste período observou-se que tal estratégia “não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral” (BRAVO, 2001a, p.23).

Com base nas pesquisas de Bravo (2006), a medicina previdenciária só vai sobrepujar a saúde pública a partir de 1966. No período pós-1964 as forças democráticas são derrotadas,

devido à instauração da ditadura militar, ocasionando o desfecho da crise, onde a burguesia dominou no Brasil. Então,

o Estado vai intervir na questão social por meio do binômio repressão-assistência, burocratizando e modernizando a máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, de reduzir as tensões sociais e de conseguir legitimidade para o regime (BRAVO, 2006, p.27)

O sanitarismo campanhista não respondia mais às necessidades de uma economia industrializada, e esta por sua vez, foi sendo concebida juntamente com a mudança da previdência social. Em 1960 foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência, que garantiu a uniformização dos benefícios, porém com a instauração da ditadura militar a partir de 1964, incrementou-se o papel regulador do Estado e a expulsão dos trabalhadores do controle da Previdência Social (CHIORO, A. SCAFF, [19--?]).

Em 1966, ocorre a unificação da Previdência Social, através da junção dos IAPs, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), este atendeu a duas características, o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e a eliminação dos trabalhadores do jogo político, sendo excluídos na Previdência (BRAVO, 2001a).

E no ano de 1977, criou-se o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), que procurou organizar, racionalizar e centralizar a previdência social na forma de administração juntamente com a lei do Sistema Nacional de Saúde, de 1975. Assim, neste período, foram criados os órgãos e institutos, tais como: DATAPREV¹⁰ ; INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e o maior prestador de serviços da atenção médica) e o CEME (Central de Medicamentos, que incentivava a competitividade dos laboratórios nacionais) (CHUPEL, 2005).

No campo da saúde Bravo (2006) afirma que no período de 1964 a 1974, esta política foi desenvolvida através do privilegiamento do setor privado, articulada à política econômica implantada. Especificamente, a partir de 1974, o bloco de poder modificou sua relação com a sociedade civil, devido não ter consolidado sua hegemonia, e a política de saúde enfrentou tensões entre os interesses dos setores estatais e empresariais e a emergência do movimento sanitário, sobre o qual nos deteremos em discorrer adiante.

Apesar de algumas transformações ocorridas, como por exemplo, a incorporação do modelo do sanitarismo campanhista, na década de 1960, a criação do INPS em 1967, a

instituição do SINPAS em 1977, não houve avanços significativos, em decorrência de estes sistemas estarem subordinados aos órgãos da Previdência Social (CHUPEL, 2008). A autora observa em seus escritos no ano de 2005, amparada em Dal Prá (2003), que a lógica era centrada no Estado como financiador da saúde no setor privado nacional e internacional, sendo assim, começa a ter indícios de falência, e alguns aspectos como a crise financeira, a abertura política, o início do processo de transição democrática, tornam-se os responsáveis pelo agravamento da crise na saúde, bem como, pelo o surgimento de uma nova concepção da mesma, que sustentou o movimento da Reforma Sanitária, e em meados da década de 1970 ganhou destaque junto ao Estado, com seus ideais repercutindo na sociedade civil.

Já nos anos de 1970 a Saúde Pública brasileira sofreu mudanças radicais e transformou-se em Saúde Coletiva, ou seja, um novo paradigma foi construído, na compreensão sobre o processo saúde e doença (ASSUMPCÃO, 2007). Por saúde coletiva entende-se:

é uma expressão que designa um campo de saber e de práticas referindo à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público. Propõe um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde que enfatiza a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência a doentes, e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população (ZAZLOWSKI, 2008, p. 18)

A produção teórica-crítica de Saúde Coletiva resultou na formulação de um conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes, defendidos pela VIII Conferência Nacional de Saúde e logo após incorporados pela Constituição Federal e pela legislação infraconstitucional. Houve também propostas de formulação de um sistema único de saúde, de rede regionalizada de serviços de saúde, atendimento integral, participação da comunidade, ações de promoção, proteção e recuperação de saúde (FLEURY, 1997, apud, ASSUMPCÃO, 2007).

Para Bravo (2001a), no período entre 1974 a 1979, a política social, teve por objetivo, maior efetividade no enfrentamento da “questão social”¹¹, com o intuito de dirigir as reivindicações e pressões populares. Todavia, no período do Estado Novo Getulista (1937-1945), através das crescentes intervenções dos poderes públicos nas questões trabalhistas, a

¹⁰ Empresa de tecnologia e informações da Previdência Social. Informações postadas no endereço eletrônico do Dataprev. Disponível em: <<http://portal.dataprev.gov.br/2009/07/22/dataprev-%e2%80%93-empresa-de-tecnologia-e-informacoes-da-previdencia-social/>>. Acesso em: 01 out. 2009.

questão social já havia deixado de ser “um caso de polícia” para ser reconhecida legitimamente como caso de política (MORAES, 1995, apud ZAZLOWSKI, 2008).

Zazlowski (2008) assinala que a década de 1980 foi marcada com o movimento de transição democrática, e a área da saúde foi amplamente discutida no cenário nacional e o fim do regime militar se consagrou com a eleição de Tancredo Neves e o Movimento das Diretas Já (1985), gerando diversos movimentos sociais, incluindo a área da saúde, com destaque na presença do Movimento Sanitário¹², que questionavam a centralização das decisões da política de atenção à saúde, que favorecia aos interesses do setor privado. Neste âmbito defendiam a implementação de um sistema de saúde voltado à universalização da cobertura do sistema público, à expansão dos programas de prevenção e de atenção primária de saúde etc.

A área da saúde então foi pioneira no processo de democratização, devido à efervescência política desde o final da década de 1970, bem como, à organização do Movimento da Reforma Sanitária, que reuniu movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura, em prol de uma mudança do modelo médico assistencial privatista para um Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade (CORREIA, 2005).

Para Bravo (2000), o projeto da Reforma Sanitária é fruto da mobilização da sociedade brasileira diante de um Estado conservador e assistencialista, reivindicando um Estado democrático, com políticas sociais, principalmente no setor saúde. A Reforma Sanitária foi fruto de lutas e mobilizações dos trabalhadores de saúde, articulado ao movimento popular, com o objetivo de reverter o sistema perverso de saúde vigente, e a proposição de um sistema único de saúde como uma estratégia, através da qual fosse possível um Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas públicas e pela saúde (BRAVO, 2001b).

Esta autora afirma ainda que na década de 1980, a saúde contou com a participação de novos atores, como os profissionais de saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição e os movimentos urbanos, na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas. Neste âmbito a saúde deixa de ser interesse apenas de uma categoria, assumindo uma dimensão política, vinculada à democracia onde suas principais propostas debatidas foram:

¹¹ Para Iamamoto (2004): a questão social é apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais, enquanto parte constitutiva das relações sociais capitalistas.

¹² Para Matos (2003), em meados da década de 1970, inicia-se no Brasil o Movimento Sanitário, que até então se vivia sob o regime autoritário (devido a ditadura militar instaurada, através de golpe em abril de 1964), e que no final desta década, resulta na impossibilidade desta forma de governar ter continuidade e êxito.

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através dos novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001a, p.25).

O Movimento Sanitário nasceu em meio ao regime autoritário, articulado ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e ainda para Correia (2005, p.61) relata que:

reunia profissionais, intelectuais e lideranças políticas da área da saúde, vindos na maioria, do Partido Comunista Brasileiro, que, inspirado na reforma sanitária italiana, buscava a transformação do setor Saúde, pressupondo a democratização da sociedade e representando, assim, um foco de oposição ao regime militar

No Brasil, as lutas da Reforma Sanitária questionavam o conceito reduzido de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), organização esta que foi instituída em 1948 e apresentava tal conceito como sendo “uma condição de equilíbrio ativo (que inclui a capacidade de reagir a inevitáveis doenças) entre o ser humano e seu ambiente natural, familiar e social” (BERLINGUER, 1996 apud, KRÜGER, 2005, p. 70).

Essas lutas supracitadas apresentaram duas concepções diferenciadas, a primeira é a dimensão de saúde que se refere aos aspectos da assistência direta aos indivíduos, com ações de prevenção de doenças e a recuperação da saúde dos mesmos. A segunda é:

[...] é a que diz respeito à saúde em si, de cada um e todos os indivíduos de uma sociedade na apreensão do seu grau de rigidez possível, o que significa compreender como e quanto as relações de produção e a organização do tecido social em uma formação social concreta contribuem para o usufruto da riqueza nacional (ou mobilização pela nação) em benefício da qualidade e da extensão da vida de todos e de cada um dos seus integrantes (RODRIGUES NETO, 2003 apud, KRÜGER, 2005, p. 70).

Percebe-se que a relação entre o Estado e a sociedade civil vai transformando-se na década de 1980. O Estado passa a reconhecer os movimentos sociais, e responder a algumas demandas, e estes por sua vez, negociam com o Estado através da política pública, “rompendo com a posição *de costas para o Estado*” (CORREIA, 2005, p.61).

Conforme assinala Zazlowski (2008), em março de 1986, o quadro político do movimento da Reforma Sanitária resultou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, com grande mobilização nacional, com a participação de aproximadamente 5 mil pessoas, que serviu de base para o SUS e foi considerado o maior evento de saúde no Brasil.

Em 1987 foi criado o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) por decreto do Presidente Sarney, que contava com a participação das Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (Cims), porém foi de maneira restrita, devido não ser uma conquista bem como pela fragilidade do movimento popular (CORREIA, 2005).

O processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal de 1988, que nos deteremos mais adiante, representaram a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais frente à crise e às demandas de enfrentamento dos índices de desigualdade social, buscando corrigir as injustiças sociais (BRAVO, 2001b).

A Assembléia Constituinte se transformou em uma arena política, onde os interesses se organizavam em dois blocos: os grupos empresariais e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária. Após vários acordos políticos e pressão popular, o texto constitucional atende em sua maioria as reivindicações do movimento sanitário, prejudicando assim os interesses empresariais do setor hospitalar e com relação à indústria farmacêutica não há modificação (BRAVO, 2000).

Bravo (2001a) aponta a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 como um marco fundamental para a discussão da questão da saúde no Brasil, propondo o SUS e a Reforma Sanitária. Os temas centrais foram: A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Assim os debates saíram dos seus fóruns específicos e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população.

Com base nas pesquisas desta autora (2006), o relatório desta Conferência, foi base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal, neste sentido, no que diz respeito ao modelo de proteção social, a Constituição de 1988 é a mais progressista, onde a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social, integram a Seguridade Social.

Correia (2005) ressalta que esta ampla participação dos setores organizados na sociedade civil, era inexistente nas Conferências Nacionais de Saúde anteriores. E nesta 8ª Conferência um dos eixos do debate foi a participação no SUS proposto na mesma, na perspectiva de controle social, e em seu relatório, a participação em Saúde é definida como intervenções realizadas pelas forças sociais para possibilitar sua influência na formulação,

execução e avaliação das políticas públicas no âmbito da saúde. Ainda para a mesma autora este processo seguiu em uma batalha entre os setores progressistas e os setores conservadores, até a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado, a descentralização, o atendimento integral, a universalização, a resolutividade, a hierarquização, a regionalização e a participação.

Para Arouca (1987), a VIII Conferência Nacional de Saúde criticou o conceito abstrato de saúde e doença difundido pela OMS, “além da simples ausência de doença, saúde deve ser entendida como bem-estar físico, mental e social” (AUROCA, 1987, p. 36). Este autor define saúde como:

é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno, é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...]

Com relação à Reforma Sanitária Auroca completa (1987, p. 41):

[...] pressupõe a criação de um organismo que, reunindo tudo o que existe em nível da União, possa, a partir de um grande fundo nacional de saúde, promover uma política de distribuição desses recursos mais justa e igualitária, alcançando assim, a universalização, isto é, garantindo a cada pessoa neste País o direito aos serviços básicos de saúde.

Sendo assim, as lutas do Movimento Sanitário culminaram no reconhecimento por parte da Constituição no entendimento de “saúde como direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, apud KRÜGER, 2005, p 70).

Com a Constituição Federal de 1988, o país passa a contar com preceitos constitucionais, que consagraram a opção por um Estado de Bem Estar Social, ou seja, um Estado do tipo Social Democrata, assim, a assistência à saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, com princípios de universalidade, integralidade e equidade (COELHO, 2003).

Em relação ao texto constitucional, na área da saúde, Teixeira (1989, apud, BRAVO 2001a, p. 26), aponta os principais avanços aprovados na Constituição:

1) o direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano; 2) as ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; 3) Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; 4) a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos; 5) proibição da comercialização de sangue e seus derivados;

Assim, após lutas e reivindicações da sociedade brasileira, e com a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde, conformou-se o projeto da Reforma Sanitária, com a criação de um sistema único de saúde e seus princípios e diretrizes básicas.

A formatação do SUS no seu aspecto legal parte de uma concepção abrangente de saúde, não sendo somente ausência de doença, e do papel do Estado na prestação desse serviço, influenciado pelo projeto da reforma sanitária. Destacam-se os seus princípios, segundo Matos (2003, p. 98):

- **Universalidade:** A defesa de que toda pessoa, independente de contribuição financeira ou não, tem direito aos serviços públicos de saúde.
- **Descentralização:** A compreensão de que a política pública de saúde deve se dar de maneira descentralizada, privilegiando o planejamento da esfera local. Sem com isso desobrigar os estados e o governo federal.
- **Hierarquização:** Que os serviços de saúde sejam estruturados de maneira que haja uma ordenação da prestação de acordo com as demandas apresentadas.
- **Integralidade:** A compreensão de que o atendimento deve entender o homem enquanto uma totalidade, bem como a articulação entre os saberes envolvidos nesse processo, notadamente na articulação entre a assistência preventiva e a curativa.
- **Regionalização:** Buscar uma articulação entre a rede de serviços de uma determinada região, por compreender que a situação de saúde de uma população está ligada diretamente às suas condições de vida, bem como articular a rede de serviços de saúde existentes.
- **Participação Popular:** A defesa da participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação da política pública de saúde, portanto o exercício de controle social.

No final da década de 1980, havia algumas incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária, devido a vários dificultadores presentes, como:

fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular diante da ausência de resultados concretos na melhoria de atenção à saúde e a reorganização dos setores conservadores contrários a reforma que passam a dar a direção no setor a partir de 1988 (BRAVO, 2000, p.111)

No entanto, apesar de todos os entraves e dificultadores encontrados para a efetivação de um sistema de saúde democrático e igualitário, Bravo (2006) também sinaliza as conquistas, em que a Constituição de 1988, resultou para a classe trabalhadora brasileira, como política descentralizada, dando ênfase aos municípios, pois se constitui como política universal, com relação as demais da Seguridade Social, como a Previdência Social e a Assistência Social. E o Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de proporcionar o acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado, através de uma concepção ampliada da relação saúde/doença, como resultado das condições de vida e do trabalho, bem como, o acesso igualitário dos serviços de promoção e recuperação de saúde existentes, reconheceu treze profissões de saúde.

Após duras pressões em 1990 “é publicada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº. 8.080/90, que regulamenta o SUS, definindo atribuições e competências à União, aos estados e municípios, e critérios de financiamento para o setor” (CORREIA 2005, p. 63). Contudo esta Lei enfrenta vetos do Presidente da República, Fernando Collor de Mello, nas questões relacionadas à participação e ao financiamento, que são tratados posteriormente na Lei Complementar nº. 8.142/90 que regulamenta a participação da população por intermédio das Conferências e os Conselhos de Saúde.

O Conselho de Saúde é definido com um espaço composto por usuários, gestores de saúde, prestadores de serviços e trabalhadores em saúde, de caráter permanente, deliberativo e paritário e seu objetivo é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera. Já as Conferências de Saúde são eventos realizados periodicamente para discussão da política de saúde em cada esfera, propondo diretrizes de ação (BRAVO, 2001b).

As Conferências de Saúde no Brasil ocorrem desde 1941, mas apenas com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que são reconhecidas como espaços de luta pela democratização da sociedade no setor saúde. Primeiramente eram abertas a representantes do setor previdenciário e privado em saúde, contudo após o processo de Reforma Sanitária na

década de 1970, se realizam com representantes de vários segmentos sociais organizados. Em decorrência de serem mais informais e envolverem plenárias ascendentes nas três esferas do governo, são espaços mais amplos de participação em relação ao Conselho. Nestas duas décadas de SUS, as Conferências de Saúde estão representando uma socialização do debate político, oportunizando a participação de segmentos sociais antes excluídos das decisões públicas e governamentais (KRÜGER, 2007).

Assim, os Conselhos e Conferências de Saúde são instâncias que possibilitam a defesa do SUS, dos seus princípios, da saúde pública, universal e de qualidade, pelos setores organizados que lutam desde a década de 1970, e somente na década de 1980, consolidou-se através da Constituição de 1988, entretanto tem sido negada pelas investidas do projeto neoliberal. Ou seja, o contexto do sistema de proteção brasileiro apresentou-se contraditório, pois se conquistou em nível universal um sistema de seguridade social, com instâncias de participação, porém logo após ocorreu a Reforma do Estado Brasileiro desencadeada na década de 1990, com transformações na implementação das políticas sociais através da focalização, privatização e da descentralização. Retrocesso este causado diante do giro neoliberal brasileiro, com novas regras para a reprodução ampliada da acumulação do capital, e o controle por sua vez encontra limites para a efetivação de seus objetivos diante do refluxo dos movimentos sociais, e torna-se um espaço contraditório, pois podem legitimar a utilização do fundo público para o financiamento da reprodução do capital, sem desconsiderar que também encontram outros limites, como por exemplo, a falta de informações dos conselheiros (CORREIA, 2005).

Sendo assim, a década de 1990 inicia a implantação e o êxito ideológico do projeto neoliberal no Brasil, que além da defesa de um estado mínimo para as questões sociais, a reestruturação do mundo do trabalho, em que são propostas a precarização e a redução das conquistas sociais e trabalhistas, em prol de uma adaptação aos novos ditames mundiais, onde a globalização é um fato que atinge a todos e que a população deve se adaptar a mesma. Nesta perspectiva, para o projeto neoliberal, a globalização e a reestruturação produtiva, são essenciais para a sobrevivência do capitalismo frente a sua crise, onde há a penetração de influências ideológicas e teóricas na área da saúde coletiva, que resgatam a questão do indivíduo e do universo micro, o que acaba refletindo no movimento sanitário que se apresenta mais fraco, em decorrência de profissionais caminhando para essa conjuntura, contrária aos princípios daquele movimento (MATOS, 2003).

Para Noronha e Soares (2001), na década de 1990, há um retrocesso no processo de construção de um projeto de Proteção Social para o Brasil, inscrito na Constituição de 1988,

com profundas mudanças econômicas, sociais e institucionais, com reformas estruturais, conduzidas pelas políticas de ajuste, que foram implementadas em todos os países da América Latina, com conseqüências sociais e econômicas significativas, através de um desmonte do Estado brasileiro, em uma desresponsabilização do governo federal de suas atribuições com o social. As políticas sociais perderam sua dimensão integradora, caindo em uma visão focalista e comunitária, onde as pessoas são responsáveis pela sua saúde, em um abandono do Estado.

Bravo (2000) corrobora com as questões e explicita que o Estado por sua vez sofre Reforma no sentido de se desresponsabilizar de suas funções, obrigações e deveres com a população, pois garante um mínimo a quem não tem condições de pagar um atendimento privado, além de investir pouco em saúde. Já no setor produtivo tem presença significativa, ou seja, torna-se apenas regulador das questões sociais e econômicas, transferindo para o setor privado suas responsabilidades, e a população sofre com os reflexos desta política, de caráter neoliberal, pois há a redução de direitos sociais e trabalhistas, bem como o aumento do desemprego e da precarização do trabalho, e principalmente o desmonte da previdência pública.

Ainda para esta mesma autora, no âmbito da saúde e com relação ao SUS, é constatado que os preceitos constitucionais não são cumpridos e não há fiscalização nas ações em saúde por parte do Governo Federal, ou seja, algumas questões têm sido desrespeitadas, o que não tem contribuído para o avanço do SUS em detrimento da qualidade de vida da população, bem como de seus direitos.

Em 1994 acelera-se o desmonte do Estado, pois foi um período de forte implementação do projeto neoliberal no Brasil com o ataque ao SUS pelo governo.

Propugnam, pois, um Estado de beneficência pública ou Assistencialista e não de Benfeitor. Isto implica que o neoliberalismo rechaça o conceito dos direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los através da ação estatal; está terminantemente contra a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços (COELHO, 2003, p.1)

Bravo (2000) em sua pesquisa afirma que a proposta de Reforma do Estado no setor da saúde, visa separar o SUS em dois: hospitalar e básico. Prosseguindo com a autora, isto proporciona a tensão de dois projetos societários, o projeto da reforma sanitária, construído na década de 1980 e o projeto privatista, articulado ao mercado, que se torna hegemônico na década de 1990.

Bravo (2006) ressalta que em 2002, a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, para a presidência da república, foi uma resposta da população brasileira às medidas implantadas anteriormente, porém apesar de seu programa de governo conter um caráter democrático, após alguns meses percebe-se que a política macroeconômica foi mantida, com políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Com relação à política de saúde especificamente, destaca-se entre os pontos positivos:

o retorno da concepção da Reforma Sanitária; as alterações na estrutura organizacional do Ministério da Saúde; a escolha de profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde; e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO, 2006, p. 41).

Com relação aos pontos negativos, a autora também salienta:

A não referência à concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, que é mencionada apenas no Programa de Governo; a não implementação do Conselho de Seguridade Social; a continuidade e ampliação de contratação de agentes comunitários como também de outras categorias (auxiliar e técnico de saneamento, agentes de vigilância sanitária, agentes de saúde mental); aumento de verba insignificante, 22 bilhões para 29 bilhões, seguido de corte; e a falta de articulação com as Políticas de Assistência Social e Previdência Social (BRAVO, 2006, p. 41).

Em 2007 nos seus escritos, a autora refere que apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão do mercado e do capitalismo financeiro, acreditava-se que com a eleição de Lula, surgiria um período em que se enfrentaria as políticas de ajuste no Brasil, e principalmente havia expectativas com relação as políticas sociais e a participação social.

Em caráter de avaliação, Bravo (2001) adverte que na atual conjuntura, se faz necessário e de suma importância o fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária na defesa dos direitos sociais conquistados na Constituição Federal e isso só será possível com a união dos setores organizados e preocupados com o sistema de saúde vigente, fato que exige a participação da sociedade civil. Ainda, Bravo sugere o aprofundamento do controle social, ou seja, a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais, na construção de uma esfera pública democrática na saúde, e algumas estratégias são sinalizadas (BRAVO, 2001c, p.31):

- Democratização das informações relativas à saúde;
- Realização de encontros populares de saúde e/ou pré conferências;
- Rearticulação dos Conselhos Comunitários de Saúde para participarem dos Conselhos;
- Elaboração de Planos de Saúde com participação dos sujeitos sociais;
- Mobilização e/ou iniciativas para modificar a composição dos Conselhos não-paritários;
- Articulação entre os Conselheiros representantes dos usuários e profissionais de saúde.

A autora prossegue (2006) fazendo referência a necessidade de compreender na própria atenção prestada, entendendo à saúde como uma questão coletiva e inerente da questão social. Deve-se também atentar para que os sistemas de saúde particular e público possuam ações que assegurem os direitos garantidos na Constituição. É necessário ressaltar que o projeto privatista é um obstáculo na realização dos princípios da legislação de saúde, pois direciona suas ações à lógica da clínica médica curativa e individual.

1.2 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

A inserção e atuação do Serviço Social na saúde conforme observado por Bravo (1996, apud, MATOS 2003), deu-se primeiramente no âmbito curativo e com abordagem individual (Serviço Social de caso), contexto que somente na década de 1980 ocorre transformações significativas.

Para a autora (2006), o Serviço Social ganha espaço na saúde no período de 1930 a 1979, devido a alteração da política de saúde no Brasil, assim ele surge e se desenvolve no ano de 1930, com influência européia. Com o aprofundamento do capitalismo no Brasil e as mudanças no panorama internacional, em função do término da Segunda Guerra Mundial, a expansão do Serviço Social ocorreu a partir de 1945, bem como sua ação profissional na Saúde. A influência norte-americana substituiu a européia, e os Assistentes Sociais brasileiros defendiam que o ensino e a profissão nos Estados Unidos atingira um grau mais elevado de sistematização, na qual o julgamento moral deu lugar às análises de cunho psicológico, e isto foi o motivador para a mudança na ação profissional.

Bravo prossegue assinalando que uma das razões que faz com que a área da saúde amplie o espaço ao Serviço Social é o novo conceito de saúde, elaborado pela OMS em 1948, que enfatiza os aspectos biopsicossociais, vinculados ao agravamento das condições de saúde

da população, exigindo dos serviços de saúde um trabalho em equipe multidisciplinar. O assistente social neste aspecto enfatizou suas atividades em prática educativa com relação aos hábitos de higiene e saúde e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.

A autora, ainda destaca outra razão significativa que impulsionou a inserção dos Assistentes Sociais na área da saúde, que foi a consolidação da Política Nacional de Saúde no país no período de 1945 à 1950, com a ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social, a qual gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter seletivo, pois esta assistência não era universal. Assim, o assistente social é chamado para atuar em hospitais, servindo de mediador entre a instituição e a população, com a finalidade de viabilizar o acesso desta aos serviços e benefícios. Estas ações eram: “plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária”. O Serviço Social Médico, como era denominado, atuava com o Serviço Social de Casos, onde a participação só era visualizada no individual, em prol da adaptação do “cliente” ao tratamento.

Bravo (1996, apud, BRAVO 2006), remete que após a década de 1960 algumas transformações começaram a ocorrer na profissão, como questionamentos com relação aos rumos do Serviço Social brasileiro, o que ainda podia ser considerado insipiente. Debates começara a se firmar, na discussão e críticas sobre o conservadorismo, contudo no golpe militar de 1964, esse processo foi interrompido. A modernização conservadora que se implantou no país exigiu a renovação do Serviço Social, frente às novas estratégias de controle e repressão efetivadas pelo Estado e principalmente pelo capital, bem como para o atendimento de novas demandas.

A modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, também influenciou o Serviço Social na saúde e sua ação foi sedimentada principalmente na assistência médica previdenciária. Somente na década de 1980 devido um movimento na saúde coletiva e que também interfere no Serviço Social há uma ampliação do debate teórico, juntamente com um movimento de ruptura com a política de saúde vigente e a construção da reforma sanitária, em um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional, que conseqüentemente não foi realizado em nexos diretos com outros debates, que também buscavam práticas democráticas (BRAVO, 2006).

Ainda na análise de Bravo (2006) o Serviço Social na Saúde nos anos 1990, prossegue sendo uma categoria profissional desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, e neste período é implantado o projeto neoliberal no país, (o qual o primeiro a implementar é o

Fernando Collor de Mello). Este projeto político-econômico confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social, e com o projeto da Reforma Sanitária, este é questionado, e contrário aos seus princípios é consolidado o projeto privatista, articulado ao mercado e pautado na política de ajuste, que tem como características o atendimento focalizado às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade, bem como assinalamos anteriormente.

Bravo (1998, apud, BRAVO 2006) observa que além da disputa de dois projetos políticos na área da saúde, o da reforma sanitária e o privatista, ambos apresentam para o profissional do Serviço Social requisições divergentes. O primeiro requer que o assistente social busque a democratização, atendimento humanizado, interdisciplinaridade etc., já o segundo requisita ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo, abordagens individuais, seleção socioeconômica dos usuários, aconselhamento.

Para a autora o distanciamento dos preceitos profissionais e da reforma sanitária gera preocupações no sentido de que o assistente social passa a exercer outras atividades, não se identificando mais como tal, e assim, exerce apenas ações que lhe são dirigidas, distanciando-se do objetivo da profissão, que na saúde contempla a compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença.

Bravo (2006) afirma que o trabalho do assistente social deve estar sempre articulado aos princípios do projeto da reforma sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social, proporcionando assim respostas qualificadas aos usuários.

Uma das ações que cabe a este profissional é a formulação de estratégias nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, articuladas com outros segmentos que defendem o SUS (MATOS, 2003, apud, BRAVO, 2006). A autora salienta que os Assistentes Sociais têm como desafio o enfrentamento da defesa da democracia e das políticas públicas, em prol de um trabalho contrário ao projeto neoliberal ao qual serve o projeto privatista da saúde.

Com relação ao Serviço Social na saúde, encontramos diversas publicações que versam sobre temas que vão desde a trajetória histórica da profissão nesta área, bem como elencamos acima, até outras que trazem uma proposta de aproximação teórica e sistemática da prática do assistente social. Neste sentido optamos pela pesquisa realizada pela autora Ana Maria de Vasconcelos publicada em seu livro “A prática do Serviço Social” (2006), por compreendermos que o mesmo é marco e referência no que diz respeito ao processo de trabalho do Serviço Social na saúde, e por isto nos subsidiou nas reflexões acerca dos

aspectos relacionados ao local sócio-ocupacional de estágio e demais mediações que apresentaremos no capítulo posterior.

O objetivo de seu trabalho¹³ foi analisar a prática dos Assistentes Sociais, fazendo algumas indicações mediadas pelo projeto ético-político hegemônico da profissão¹⁴ e pelo debate teórico do Serviço Social e da saúde¹⁵ (com gênese no movimento da Reforma Sanitária), assunto que trabalhamos anteriormente. A autora realiza uma investigação sobre a realidade profissional dos Assistentes Sociais da Secretaria Municipal de Saúde na cidade do Rio de Janeiro na década de 1990.

Para a autora um dos conflitos enfrentados pela categoria é trabalhar demandas, exigências imediatas (dor, sofrimento, condições de vida etc.), sem perder a perspectiva de médio e longo prazo, ou seja, dar respostas a estas questões, sabendo que elas não se resolverão nesta organização social em que vivemos, onde o Estado se desresponsabiliza da questão social, culpabilizando o indivíduo, através de políticas focalistas, rompendo com o que está previsto nos marcos legais, principalmente no âmbito da saúde, assistência e previdência social.

A autora prossegue sinalizando alguns entraves à articulação do trabalho profissional com as necessidades dos cidadãos, como o desconhecimento por parte dos usuários e também dos profissionais do que é direito do cidadão e dever do Estado; focalização das políticas públicas, pois atinge “o mais pobre”; o direito do cidadão é discutido freqüentemente de forma fragmentada; a incompatibilidade no enfrentamento concomitante dos direitos sociais e do sofrimento humano; e a incapacidade dos diversos trabalhadores sociais para trabalhar com o sofrimento, perda, choro etc., induzindo entre outros sentimentos, à compaixão em detrimento do resgate da autonomia. E ainda ressalta que para contribuir para a transformação do direito legal em direito real, exige trabalho consciente e não ajuda (não significa negar o sofrimento e a dor).

¹³ Seu trabalho resulta da tese de doutorado (fruto de investigação de campo mediado por uma pesquisa bibliográfica), e revela a análise do trabalho profissional dos Assistentes Sociais diante do contexto de aprofundamento do neoliberalismo no Brasil.

¹⁴ “O projeto profissional hegemônico no Serviço Social, que traduz o compromisso com os trabalhadores, está expresso, fundamentalmente no Código de Ética Profissional de 1993 (fruto da revisão do Código de Ética Profissional de 1986), na Lei 86662/93 que regulamenta a profissão de Serviço Social, nas pesquisas que suportam o Projeto de Formação Profissional da ABEPSS, no processo de discussão e formulação da Lei Orgânica de Assistência Social, nas várias produções, independentes ou articuladas a alguma instituição, individuais ou coletivas, anteriores e posteriores à realização e aprovação, principalmente, da Constituição Federal de 1988, com raízes fundadas no Movimento de Reconceituação, que se inicia no final da década de 1960 no Brasil.” (VASCONCELOS, 2006, p.26,27).

¹⁵ Na saúde a autora recorre à Bravo e refere que é a única produção de peso do Serviço Social na área da Saúde.

Ao observar o movimento da categoria profissional, a autora destaca entre outros pontos que para o profissional dar respostas às demandas dirigidas ao Serviço Social que rompam com práticas que reproduzem ou mantêm o *status quo*¹⁶, supõe uma competência política, teórica, técnica e ética, em prol do desvendamento do movimento da realidade social.

A autora ressalta ainda que na saúde (mas não somente nesta área), os Assistentes Sociais realizam atividades em excesso, ganham por sua vez o reconhecimento dos usuários, que em decorrência de serem bem atendidos, sentem-se privilegiados pela atenção especial de um profissional com “nível superior”. O profissional também conta com o reconhecimento dos representantes e diretores das instituições, pois são visualizados como o profissional que contribui para o bom funcionamento das unidades, sem conflitos, sendo que tudo que prejudica aquele é demandado ao Serviço Social e seus plantões. E também são solicitados por outros profissionais de saúde, com o objetivo de facilitar o andamento de suas ações. Isto ocorre em detrimento da prioridade de atenção às demandas dos usuários, que atendidas de forma isoladas, não são compreendidas como demandas coletivas e nem publicizadas.

Todavia ainda para Vasconcelos (2006), a posição passiva dos Assistentes Sociais diante das demandas, além de ser determinada pela falta de condições para uma leitura da realidade crítica, é devido também a ausência ou insegurança dos princípios ético-políticos, da falta de exercício político para negociar com estratégias que viabilizem ações e espaços democráticos (participação em conselhos). Em sua pesquisa, a autora enfatiza que a organização da prática profissional dos Assistentes Sociais está mais voltada às atividades de plantão, e em algumas situações articulado à atuação em outros Programas de Saúde dentro da própria instituição. E ainda afirma que nos Hospitais, os próprios Assistentes Sociais não referem um trabalho específico nas enfermarias e na emergência, e apenas mencionam a participação em plantão (90%). Assim, se tem a conclusão que toda demanda dirigida ao Serviço Social nos hospitais é atendida através de plantão (exceto a maternidade). Esta realidade, com serviços prestados em plantão, freqüentemente determina a subalternidade das profissões na unidade de saúde.

Com relação as demandas, rotinas e atividades do Serviço Social, segundo os Assistentes Sociais entrevistados, inicialmente a autora refere que esses não identificam as demandas que ultrapassam o controle burocrático dos serviços institucionais, como saúde, entre outros. As demandas apresentadas pelos usuários, segundo os entrevistados, tanto no plantão, como nos Programas de Saúde não se diferem e estão relacionadas em sua maioria

¹⁶ Para a autora, configura-se a negação de práticas conservadoras que utilizam técnicas de marginalização, de punição, exclusão de benefícios e direitos.

com o funcionamento dos serviços prestados pelas unidades, pela dinâmica da própria unidade, e/ou a doença em si. Isto ocorre porque a maioria das demandas explícitas¹⁷ dirigidas pelos usuários aos Assistentes Sociais de ambos os espaços são iguais e também porque na ausência do assistente social responsável pelo Programa, os usuários procuram o plantão. E ainda, nos hospitais, a demanda que prevalece são dúvidas sobre o quadro clínico do paciente, acesso ao médico, visitas, problemas relacionados a rotina hospitalar etc. As demandas que não são levadas pelos usuários de forma clara, não são consideradas demandas para o Serviço Social, ou seja, não identificam a demanda oculta em um problema.

Outras demandas bastante recorrentes são as por alta, remoção e óbito, que sempre causam controvérsia na categoria, devido sua característica burocrática, e os Assistentes Sociais nem sempre sabem como lidar com estas demandas.

Com relação ao óbito¹⁸, para a maioria das entrevistadas a comunicação que não contar com a participação do Assistente Social pode resultar em prejuízo para a família, que além de enfrentar dificuldades, sofre abusos. Com relação as altas, na grande maioria das unidades após a liberação do paciente pelo médico, o processo é encaminhado ao Serviço Social. Nas remoções a maioria (43%) se declarou favorável a esta participação, considerando a necessidade de apoiar a família e trabalhar a aceitação da internação. A autora complementa que ao abdicar como objeto a demanda à saúde como direito, o assistente social realiza trabalho burocrático e critica o posicionamento dos profissionais que consideraram que a comunicação do óbito pode ser realizado por um administrativo, observando que na prática esta demanda é negada pela maioria dos profissionais, sem avaliarem as implicações na qualidade do atendimento.

Com relação as demandas implícitas e explícitas, sinaliza que se já há dificuldade de apreender as demandas explícitas (aparentes), isto agrava-se quando elas são implícitas (ocultas). As entrevistadas identificaram como demandas implícitas em primeiro lugar, as que possuem encaminhamentos difíceis e/ou não contam com recursos materiais, como por exemplo, garantia do medicamento e tratamento. Em segunda lugar, referiram aquelas relacionadas a problemas psicológicos, de relacionamento, como por exemplo: conflito familiar. E em terceiro lugar, as demandas relacionadas com o desconhecimento dos direitos sociais, em que uma assistente social identifica educação em saúde como uma demanda para o

¹⁷ A autora utiliza essa expressão, para se referir à demandas aparentes.

¹⁸ A Resolução do CRESS, afirma que a comunicação do óbito não é atribuição específica do assistente social, mas indica a participação nesta atividade, principalmente se a família do paciente está sendo acompanhado pelo Serviço Social (VASCONCELOS, 2006).

Serviço Social, que para a maioria não vai ser considerada, pois não é sinalizada pela instituição e nem pelo usuário.

Quando o assunto foi as demandas dirigidas aos Assistentes Sociais, que podem atender os interesses dos usuários ou da unidade de saúde, a autora indica que é evidente a subordinação dos Assistentes Sociais às demandas dirigidas, pois aceitam realizar todas as atividades, com o intuito de atender todas as demandas, em detrimento de um estudo do conjunto de demandas, o que possibilitaria planejar ações profissionais. Para os Assistentes Sociais, é solicitado, facilidade no acesso aos serviços, recursos e aos demais profissionais, e nas unidades terciárias ainda, a intermediação na comunicação entre os envolvidos (família, equipe médica, paciente). Com relação às demandas dirigidas apenas aos Assistentes Sociais, destacam-se as reclamações quanto ao funcionamento da unidade, a educação em saúde e solicitações de orientação, informação e encaminhamentos diversos. As atividades mais realizadas nos plantões são a orientação e o encaminhamento para recursos externos, constituindo-se também, como um espaço de conversa informal.

Freqüentemente os chefes de Serviço Social atendem algumas demandas de plantão e de projetos, substituindo ou ajudando os Assistentes Sociais. Os profissionais que trabalham no plantão atendem demandas dos projetos, da unidade, como um todo e os que trabalham nos Programas, inserem-se às vezes em até quatro tipo de atividades ou Programas diferentes, inclusive incluindo uma parte da carga horário destinada ao plantão (este funciona como um rodízio entre os profissionais).

Alves¹⁹ em seu artigo “da atenção básica à internação hospitalar: uma reflexão acerca da trajetória de assistência do usuário do SUS de Florianópolis” refere que quanto as instituições hospitalares do Brasil, são permanentemente tema de debates no âmbito das políticas públicas e que entre as dificuldades e limites no âmbito da saúde, é importante ressaltar que seus rebatimentos maiores ocorrem na vida dos usuários. Cecílio (2001, apud ALVES, 2007), com relação a este assunto refere que as necessidades sociais em saúde organizam-se em quatro conjuntos: as condições de vida refletem as necessidades em saúde; a necessidade de acessar tecnologias em saúde, em prol da melhora ou prolongamento da vida; o estabelecimento de uma relação com a criação de vínculos entre usuário e profissional; e por último a necessidade das pessoas desenvolverem autonomia, com ampla satisfação de necessidades.

¹⁹ Assistente Social do Hu/UFSC, Francielle Lopes Alves, artigo apresentado como pré-requisito para obtenção de título de Especialista em Gestão Hospitalar em maio de 2007. Seu objetivo foi relacionado ao acesso

A partir das reflexões de Bravo, Matos, Vasconcelos, Lopes, entre outros autores, encerramos esta seção certos de que os aspectos relacionados à historicidade, compreensão da realidade e demais pesquisas consultadas nos proporcionam subsídios para as questões que iremos tratar adiante.

2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCUS DE ESTÁGIO E AS AÇÕES PROFISSIONAIS

Nesta seção, será explanado além do *locus* onde foi realizado o estágio curricular obrigatório, a fim de situarmos o leitor no contexto institucional, as ações profissionais desenvolvidas na UIP, dando subsídios a posterior análise das demandas apresentadas pelas famílias com crianças e adolescentes internados.

2.1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HU

As obras de construção do HU iniciaram-se em 1964 no Campus Universitário da Trindade, mas tornaram-se realidade somente em 1980, após intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades Federais para a obtenção de recursos que permitissem sua inauguração em maio de 1980.²⁰

E ainda, o HU é o único de Santa Catarina, concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão, e foi denominado Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani, pois foi fundado pelo referido professor.

Foi construído com o intuito de suprir a demanda de estágios na área da saúde, que até então eram desenvolvidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HI), na Maternidade Carmela Dutra, no Hospital Celso Ramos e no Hospital de Caridade, os quais mantinham convênio com a UFSC.

O HU é um hospital totalmente público, ou seja, atende somente pelo Sistema Único de Saúde na cidade de Florianópolis. Em decorrência disto é caracterizado como modelo hospitalar de referência pública, recebendo encaminhamento da demanda das unidades básicas de saúde (centros de saúde) da grande Florianópolis e cidades do interior do Estado de Santa Catarina, para diversas especialidades.

²⁰ As informações que constam neste capítulo foram retiradas em partes do site Hospital Universitário, pela cartilha sobre “A atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina”, e através do Plano de Estágio elaborado por mim durante a graduação, para a disciplina de supervisão de estágio.

É uma instituição social, de caráter governamental, órgão complementar da Universidade Federal de Santa Catarina e está subordinado a reitoria da mesma e ao Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Inicialmente instalaram-se os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios e posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e finalmente em 1995, a Maternidade, que atualmente é reconhecida nacionalmente como centro de Excelência em assistência obstétrica.

O atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se ao longo dos anos posteriores permitindo que o Hospital completasse sua estruturação em quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia, implantada com o Centro Obstétrico e a unidade de neonatologia em 1995.

Atua nos três níveis de assistência, o básico, o secundário e o terciário, e é também referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades, além disso pesquisas são desenvolvidas.

Uma característica importante do HU é o seu atendimento de Emergência funcionando 24h, atendendo adultos, crianças e adolescentes em áreas separadas, em números crescentes, atingindo a média de 400 pacientes por dia.

O HU/ UFSC consolida-se como o maior hospital-escola de Santa Catarina, com importante contribuição a sociedade catarinense na formação de profissionais da saúde, bem como na cobertura assistencial que realiza.

Tem como objetivos a prestação de assistência médico-cirúrgica, ensino, pesquisa e extensão, visando a formação profissional de qualidade dos alunos ligados aos cursos da área da saúde, oferecidos na UFSC, bem como, de outras Instituições e a prestação de serviços à comunidade e o aumento de nível de saúde da população. Seu objetivo também é desenvolver trabalho em equipe com a participação de diferentes profissionais e especialistas, visando oferecer atendimento global às necessidades do paciente e sua família.

Sua missão é “Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social”.

Seu atendimento é exclusivamente pelo SUS, seguindo os princípios que regem a Lei n. 8.080/90, e 8.142/90, LOS, atendendo demandas espontâneas de adultos, crianças e adolescentes nas diversas classes sociais, e cidades dos estado sem restrição, ou seja,

garantindo atendimento gratuito e o acesso universal a todas as pessoas, pautado nos princípios de integralidade e universalidade.

Há uma grande demanda da população, que não consegue atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Municipais/Estaduais e que vê o HU como centro de atendimento público e gratuito de elevado nível de competência técnica e atendimento humanizado e resolutividade. O público de atendimento é a comunidade local, do estado de Santa Catarina, bem como, turistas e visitantes de Florianópolis, sem distinção.

A grande maioria desta demanda atendida pelo hospital caracteriza-se por usuários de condições sócio-econômicas vulneráveis, os quais têm faixa salarial entre um ou dois salários mínimos, por trabalhadores rurais e urbanos, desempregados, subempregados, aposentados e migrantes, cujo grau de escolaridade de poucos ultrapassa o ensino fundamental (SILVA, 2001).

Atualmente o HU conta com 274 leitos e sua relevância no sistema de saúde de Santa Catarina se expressa em números. Por ano realiza em média 10 mil atendimentos em consultas ambulatoriais e são feitos cerca de 120 mil atendimentos de emergência e 9 mil usuários são internados aproximadamente (MORAES, 2007).

As respostas profissionais humanizadas também se constituem uma preocupação da Instituição. A implementação de propostas voltadas ao acolhimento tem sido uma estratégia importante para que a intervenção aconteça na perspectiva do direito e da valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

2.1.1 Serviço Social no HU

O Assistente Social integra o corpo de profissionais da instituição desde sua inauguração, em maio de 1980. Atualmente possui 09 Assistentes Sociais e suas ações são pautadas no “Plano de Atuação do Serviço Social no HU”, elaborado pelos profissionais, com assessoria do Departamento de Serviço Social da UFSC. Dentro das premissas para o trabalho, a equipe de Assistentes Sociais do HU entende que a saúde é resultado do conjunto de condições em que vivem as pessoas, implicando em moradia, alimentação, transporte, lazer, trabalho e renda, entre outros, e que a assistência à saúde está inserida no processo de construção da cidadania.

A missão do Serviço Social no HU é desenvolver ações profissionais em Serviço Social, promovendo o protagonismo individual e coletivo no exercício, defesa e ampliação da cidadania. Atuar sob os valores do projeto ético-político do Assistente Social, realizando

ações profissionais de assistência, ensino, extensão e pesquisa em saúde com qualidade, contribuindo para o processo de construção de um espaço interdisciplinar para formação crítica, sólida e com competência.

Seus objetivos na instituição são atender as demandas sócio-assistenciais dos usuários do HU; desenvolver ações profissionais integradas com os diversos profissionais que prestam atendimento aos usuários, garantindo uma abordagem multidisciplinar; desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença e sobre as ações profissionais desenvolvidas pelo Serviço Social; favorecer ao usuário condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade e desenvolver ações sócio-educativas junto à comunidade universitária e à população circunvizinha ao HU.

Com relação à atuação, se dá em diferentes áreas em função do processo de trabalho no HU estar dividido desta forma (Ambulatório, Clínicas de Internação e Projetos Especiais). Atuam também no campo das políticas sociais com o objetivo de viabilizar os direitos da população em Saúde, Educação, Previdência Social, Habitação, Assistência Social, Meio Ambiente, entre outros; vinculadas a entidades públicas, privadas, bem como em organizações não governamentais (ONG's). A inserção nestes espaços ainda decorrem de duas ordens; uma interna, resultante da divisão do trabalho entre os integrantes da equipe multidisciplinar e outra da demanda dos usuários do HU. Para atendimento desta demanda, o Serviço Social se utiliza dos instrumentos técnico-operativos: entrevistas, reuniões, visitas, contatos, entre outros.

A ação do Assistente Social no HU se dá por meio do planejamento e da execução de políticas específicas, e está pautada no Código de Ética da profissão, nos princípios do SUS que visam a universalidade, a equidade e a integralidade e na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em que a assistência é concebida como direito de todos que necessitam, sem discriminações.

O Serviço Social segue as diretrizes políticas da instituição: assistência, ensino, pesquisa e extensão, buscando conhecer a realidade sócio-econômica-cultural dos usuários do HU, refletindo com os mesmos sua situação de saúde relacionada às condições de vida, para a transformação do seu cotidiano.

Os Assistentes Sociais têm como compromisso a defesa do SUS, de forma a representar, de maneira significativa, sua contribuição em torno da conquista de saúde como bem público. Com relação à intervenção e os procedimentos, têm sua prática junto aos usuários, e sua atuação voltada ao acolhimento, um espaço de trocas entre o profissional e o

usuário, identificando as necessidades e demandas do usuário e sua família, produzindo um vínculo entre ambos.

Este acolhimento se efetiva através das entrevistas realizadas junto ao usuário recém-internado. Concebe por esse um processo de interação entre duas pessoas, que além da coleta de informações, é um momento de dinamização do diálogo entre dois sujeitos. O Assistente Social inicia sua aproximação com o usuário com o resgate de algumas informações que previamente é possível dispor, através da leitura do prontuário do mesmo e estes dados por sua vez, irão subsidiar parte da entrevista do Serviço Social.

2.1.2 Unidade de Internação Pediátrica

A UIP foi inaugurada em julho de 1980, dois meses após a inauguração do hospital, já concebida na perspectiva de uma filosofia de atendimento interdisciplinar. Procura realizar um trabalho em equipe, composta pela Enfermagem, Medicina, Nutrição, Serviço Social, Psicologia e seus respectivos estagiários, perpassado por uma visão global de saúde e da doença. Atualmente a UIP conta com 25 leitos de internação e 05 de observação, nos quais são atendidas crianças e adolescentes de 0 a 14 anos.

A rotina de trabalho do Serviço Social na unidade, geralmente se organiza através das seguintes atividades: consulta ao censo de internação para verificação dos usuários recém-internados; leitura do prontuário dos usuários recém internados para coleta de dados que irão subsidiar a entrevista do Serviço Social; visita aos quartos dos recém internados para acolhimento e entrevista, bem como visita aos demais usuários para continuidade do atendimento iniciado anteriormente; contato com a equipe de Enfermagem do turno, bem como com outros profissionais e acadêmicos, para a troca de informações e/ou discussões técnicas; anotação no prontuário dos usuários de um resumo das ações, encaminhamentos ou procedimentos realizados, pertinentes ao Serviço Social; articulação na alta hospitalar com recursos institucionais (prefeituras, unidades de saúde, equipes de saúde da família etc.), identificando e encaminhando à rede de apoio social e proteção social.

2.2 BREVE REFLEXÃO SOBRE AS AÇÕES PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE

Compreendemos a partir do exposto até o presente momento e a partir das reflexões das referências pesquisadas que o Serviço Social na saúde vem buscando sistematizar e operacionalidade com relação a prática profissional neste campo. Relembramos as palavras de Bravo (2006) ao afirmar que o Assistente Social além de atuar pautado em seu projeto ético-político deve estar, em consonância com o ideário da Reforma Sanitária.

Neste sentido, apresentamos neste momento uma breve aproximação a essa discussão com o intuito de reafirmar ambos os projetos supracitados. Para tanto compreendemos a importância de inicialmente tratar acerca das ações profissionais de Miotto e Nogueira (2006) e posteriormente como e a partir de quais categorias e instrumentais técnico-operativos (integralidade, acolhimento, equipe, entrevista etc.) nos utilizamos para dar concretude e movimento à praxis proposta.

Com relação as ações profissionais, Lima (2004)²¹, refere que as mesmas incidem no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura, produzindo efeitos reais na vida das pessoas, apesar dos resultados nem sempre se expressarem em coisas materiais (IAMAMOTO, 1999, LIMA, 2004).

Miotto (2001, apud, LIMA 2004) estabelece que a ação profissional deve ser definida como um conjunto de procedimentos pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por profissionais de maneira responsável e consciente.

Miotto e Nogueira (2006) referem que a importância da construção da integralidade em saúde pelo Serviço Social, e que está atrelada a três processos básicos e articulados: os processos político organizativos, os processos de planejamento e gestão e os processos sócio-assistenciais. Todavia iremos nos deter aos processos sócio-assistenciais, pois correspondem a um conjunto de ações profissionais desenvolvidas com os usuários nos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde, que permite atendê-los como sujeito, para responder suas demandas. E ainda:

Correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas no âmbito da ação direta com os usuários nos diferentes níveis de complexidade nos serviços de saúde, a partir de demandas singulares. Sua lógica reside em atender o usuário como sujeito, visando responder as demandas/necessidades particulares, numa perspectiva de construção de sua autonomia no âmbito das relações institucionais e sociais ao remetê-lo para a participação política

²¹ Utilizamos o artigo produzido pela autora: A intervenção Profissional do Serviço Social: propondo debate sobre ações sócio-educativas, expressa sua preocupação com a intervenção profissional do Serviço Social e privilegia as ações sócio-educativas, buscando caracterizá-las no âmbito dos processos sócio-assistenciais, problematizando as ações profissionais.

em diferentes espaços [...]Basicamente, incluem ações de diferentes naturezas, porém estão em constante interação, o que dificulta a distinção entre as mesmas. Porém, considerando seus objetivos primordiais, é possível distingui-las e com isso aprofundar os marcos referenciais que pautam a execução das mesmas e a própria interação entre elas (MIOTO, 2006, apud MIOTO E NOGUEIRA 2006)

Estes processos sócio-assistenciais, distinguem-se em quatro ações: ações periciais, que têm por objetivo elaborar parecer social ou pareceres técnicos; ações emergenciais, que visam atender às demandas de caráter emergencial, ou seja, necessidades básicas e urgentes dos usuários e suas famílias; ações sócio-terapêuticas, têm como objetivo o apoio diante situações de sofrimento vivida pelos usuários e seus familiares em momentos críticos como a internação, entre outros; e por último as ações sócio-educativas, que consistem em um movimento de reflexão entre profissional e usuário, buscando resolutividade e alternativas para a demanda deste, através da informação e do diálogo (LIMA, 2004; MIOTO 2006, apud MIOTO E NOGUEIRA 2006).

Com relação as ações sócio-educativas, segundo Lima (2004) o Assistente Social é chamado para intervir no acolhimento inicial dos usuários, na viabilização de recursos e serviços materiais e institucionais, bem como em situações em que o profissional objetiva a transformação da atitude do usuário nas relações sociais, instrumentalizando-o, para que se perceba sujeito de direito em ter um atendimento de qualidade e de participar na resolução de seus problemas, que ultrapassam a questão da doença e também de responsabilização ética que o profissional deve ter e que se expressa na relação de acolhimento, de criação de vínculo, entre outros. A autora continua referindo que o Assistente Social utiliza vários instrumentos técnico-operativos, que garantem a realização das ações sócio-educativas.

Para Sarmiento (2005), a entrevista é um dos mais importantes instrumentos, pois é através dela que temos a possibilidade de estudar o usuário e seus problemas, bem como, tem sido concebida como um contato social, de caráter confidencial, entre assistente social e usuário, através de uma relação íntima, nos permitindo conhecer a personalidade dos outros, é caracterizada como uma relação de auxílio e uma relação educativa. É necessário ainda, ter clareza do interesse das pessoas e desejo de lhes ser útil, respeitando seus sentimentos e saber a maneira de iniciar e terminar uma entrevista, e o momento de fazer perguntas.

O autor também ressalta que devemos estar atento para alguns aspectos como, por exemplo: a consciência dos nossos preconceitos, aceitação e tolerância para aceitar o comportamento e atitudes, constante observação sobre o que a pessoa diz e também pelo que

não é dito, bem como, fatos como tensões do corpo, melancolia etc, a arte de ouvir com atenção para apreender a narrativa e apreciar os comentários, a arte de perguntar pautada na cordialidade e interesse em compreender e auxiliar, a interpretação dos múltiplos aspectos apresentados pelo usuário, como problemas.

Corroboramos com o autor Sarmiento (2005), quando ele sinaliza as condições essenciais para uma entrevista, como o local em que é realizada e o ambiente propício e confortável para sua realização, ao nos remetemos para a UIP encontramos dificuldades, pois os atendimentos realizados nos leitos na maioria das vezes eram interrompidos por outros profissionais.

Lewgoy e Silveira (2007) observa que durante a entrevista o primeiro passo é o entrevistador e o usuário apresentarem-se, bem como dizer o motivo pelo qual estão ali e salienta o cuidado que deve-se ter com a informalidade, e alguns vícios de linguagem e de tratamento, como chamar as pessoas de “mãe”, quando está na instituição em função do seu filho, que por sua vez é chamado de “fofo”. A autora ressalta que tais designações ocultam uma não individualização dos sujeitos, e traduz-se como um processo artificial de acolhimento. Outro ponto sinalizado pela autora é o vocábulo “ajuda”, que exclui o sentido de direito do usuário.

Assim, a ação cotidiana dos Assistentes Sociais tem papel fundamental na construção da integralidade em saúde, em que esta deve ser entendida como princípio, e consiste na abordagem do indivíduo em sua totalidade,²² dentro de um contexto social, econômico, político e histórico, oferecendo respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma população (PINHEIRO E MATOS, 2001, apud, MIOTO E NOGUEIRA 2006).

Devemos, segundo Nogueira (2002, apud ASSUMPCÃO 2007) considerar as pessoas em sua totalidade, ou seja, como pessoas não separadas de fatores sócio-econômicos, culturais e dos determinantes de saúde, não as reduzindo somente à cura da doença, mas estendendo os cuidados, que faz parte de um atendimento integral.

Ainda para Assumpção (2007), em sua pesquisa sobre Integralidade em saúde, salienta que as propostas de discussões apresentadas, afirmam que os indivíduos devem ser compreendido na Integralidade de suas condições de vida. Nesta perspectiva o Serviço Social julga que o único meio de compreender a Integralidade em saúde é através da categoria totalidade (complexos sociais e não fatos isolados), esta por sua vez só é alcançada por meio

²² A totalidade implica em considerar todos os aspectos da realidade, para que haja uma verdadeira compreensão da realidade, e ela não é definitiva e acabada (KONDER, 2004).

da mediação²³, a categoria central, que promove a apreensão das determinações.

A integralidade por sua vez, baseia-se em dois pilares: a interdisciplinaridade e também a intersetorialidade. A primeira deve ser entendida como uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes, construindo novas formas de pensar e agir em saúde. Já a segunda, visa uma nova forma de trabalhar, visando à superação de fragmentação das estruturas institucionais e exigindo a articulação entre diferentes setores sociais, para o enfrentamento de problemas complexos (REDE UNIDA, 2000; JUNQUEIRA, 2004, apud MIOTO E NOGUEIRA 2006).

Sarreta e Eto (2007), confirmam que as ações em saúde, devem ser interdisciplinares, garantindo a atenção integral e atendendo as necessidades da população usuária, na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços. E ainda, o contexto atual, além de demandar conhecimento das expressões da questão social, exige a formação para trabalhar em equipe interdisciplinar, ampliando as ações intersetoriais e comunitárias, ambos subsídios para a educação em saúde.

Campos (1997, apud CHUPEL 2008), também contribui, referindo que para o paciente aumentar sua autonomia, é exigida da equipe de saúde o olhar e abordagem pautada na integralidade, pois a cura e a promoção da saúde, estão ligadas ao meio social e à história psíquica de cada sujeito, e para isto, há a necessidade da fala e da escuta, praticadas durante o acolhimento e o vínculo estabelecido.

Lewgoy e Silveira (2007) em seus escritos, sinaliza que com relação ao acolhimento, pode-se entender ele se dá quando na entrevista foi estabelecido um espaço de mediação, com responsabilização e criação de vínculos entre o usuário e a instituição.

Para Malta (2001, p. 38, apud CHUPEL 2008), este acolhimento permite a qualificação do trabalho dos profissionais, o resgate do trabalho multiprofissional e a melhor qualidade dos serviços prestados, e ainda, amplia os espaços de escuta, de trocas e decisões coletivas. Este mesmo autor reconhece que a diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos, não pode se resumir às Unidades Básicas, mas deve permear todo o sistema, modulando os demais níveis de assistência, como por exemplo, os Hospitais, entre outros.

Diante da explanação das ações profissionais desenvolvidas no HU, mais

²³ O conceito de mediação parte do princípio de que nada é isolado, tudo está relacionado e implica no afastamento de pensamentos radicais, procurando fazer as relações do fenômeno com os demais existentes (KONDER, 2004).

especificamente na UIP, apresentaremos algumas respostas dadas as famílias que eram atendidas, nas quais destacam-se principalmente as ações sócio-educativas, com os respectivos encaminhamentos realizados.

Dentre as orientações realizadas destacamos: orientações sobre os direitos sociais que estas famílias possuíam, como direito à assistência, esta destinada a todos que necessitarem (participação em programas assistenciais como Programa Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada...); à saúde, como um direito universal, e portanto todos devem ter acesso, (direito ao Planejamento Familiar, aquisição/acesso dos medicamentos e métodos contraceptivos na UBS etc.), à previdência social (contribuindo formalmente e principalmente o esclarecimento sobre a possibilidade e importância de contribuir como autônoma), bem como o direito em adquirir o atestado médico comprovando o período em que esteve na UIP com seu filho.

Direitos como a educação de qualidade a todos sem distinção de classe, cor, gênero, raça, salientando a importância dos estudos em suas vidas pessoais e profissionais, se aperfeiçoando para o mercado de trabalho, bem como a existência de programas destinados a quem não concluiu os estudos e deseja terminá-los em um prazo curto, devido a idade, e demais responsabilidades que impedem de concluírem normalmente e regularmente. Direitos das crianças se desenvolverem em ambientes saudáveis, longe de violência, substâncias entorpecentes e da presença de conflitos familiares, bem como, o seu direito em receber pensão alimentícia, no caso de pais separados.

Nos atendimentos que era identificada a presença de violência doméstica, esclarecíamos as genitoras sobre a Lei Maria da Penha²⁴, e o direito de não sofrerem quaisquer tipo de violência, nestes casos quando havia a presença do alcoolismo na família, explanávamos a gravidade da presença do álcool na dinâmica da família, onde todos tornavam-se vítimas (o casal e os filhos).

Já na presença do cigarro, elucidávamos a gravidade também desta droga, a quem a utiliza, mas também sua influência no desenvolvimento saudável da criança.

Contudo, podemos verificar através da explanação de algumas demandas apresentadas pelas famílias com crianças e adolescentes internados ao Serviço Social, que as ações profissionais tornam-se importantes para atingirmos a integralidade do sujeito, e que somente um atendimento pautado na totalidade, intersetorialidade., interdisciplinaridade, através da

²⁴ Em agosto de 2006, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou a nova Lei 11.340, que recebeu o nome de Lei Maria da Penha, que surgiu da iniciativa de um consórcio de ONGs femininas que elaboraram um anteprojeto de Lei sobre violência doméstica e familiar contra as mulheres.

utilização de instrumentais técnicos operativos, como a entrevista, o acolhimento, a observação, entre outros, iremos efetuar um atendimento integral e de qualidade, contribuindo na identificação e respostas das necessidades expostas.

3 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS ATENDIDAS NA UIP DO HU E ANÁLISE DOS DADOS E DEMANDAS APRESENTADAS

Nesta última seção será apresentado um panorama a partir das entrevistas²⁵. e análises destas, respaldada em referências teóricas pesquisadas.

3.1 REFLEXÕES ACERCA DAS DEMANDAS FAMILIARES

Corroborando com outras pesquisas existentes²⁶ sobre o perfil das famílias de crianças e adolescentes internados na UIP do HU/UFSC, estaremos neste capítulo destacando, além da caracterização²⁷ da população atendida nesta unidade, as demandas trazidas pelas famílias²⁸ durante o atendimento realizado pelo Serviço Social no período de internação, que não se restringem às respostas fornecidas, através do estudo sócio-econômico aplicado (o mesmo encontra-se em anexo) e nem a questões relacionadas com a internação hospitalar (como por exemplo, o tratamento) ou a saúde da criança internada, mas a expressões da questão social que vêm à tona no momento dos atendimentos/entrevistas, tais como violência, uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Utilizamos quase todas as entrevistas realizadas no período de estágio (38), com o objetivo de obter um maior número de dados para subsidiar e enriquecer nossa análise .

²⁵ Consulta aos dados das entrevistas, com a autorização da Assistente Social e supervisora de campo Carmen Lúcia Blasi Villari, através de ofício elaborado e entregue a mesma (o mesmo encontra-se em anexo), para análise destes documentos elaborados durante o estágio.

²⁶ SCHWEDER, S. Perfil sócio-econômico e de saúde dos familiares das crianças atendidas no setor de pediatria do Hu. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 1993; e SOUZA, K. Análise da prática profissional do trabalho do Serviço Social na Pediatria do Hospital Universitário. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2003.

²⁷ Identificada através das entrevistas aplicadas com as acompanhantes das crianças internadas e elaboradas no período de estágio, com devida autorização ética para análises e consultas à estas documentações, com o objetivo de as utilizarmos neste trabalho.

²⁸ Para Mito (2000, p. 217), família é “um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo, mais ou menos longo, e se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos”.

Assim, durante o estágio realizado em um período de aproximadamente um ano²⁹, foi possível perceber através dos relatos, significativa vulnerabilidade social por parte das famílias que se dirigiam ao HU, com expectativa de um atendimento de qualidade, sendo que não era encontrado em outras Instituições, conforme os relatos dos usuários.

Na maioria das vezes as mães, que eram majoritariamente no período de estágio as acompanhantes³⁰ das crianças e adolescentes, relatavam a precariedade do atendimento em outros Hospitais que haviam recorrido e chegavam receosas se iriam ter algum respaldo naquela Instituição.

A rotina de estágio incluía atendimentos aos usuários, os quais eram precedidos da leitura do prontuário, bem como, solicitação de informações à equipe de Enfermagem ou raras vezes a Medicina, com o objetivo de nos adiantarmos no conhecimento da dinâmica familiar que chegara ao Hospital, não replicar questionamentos e também planejar previamente a intervenção em situações que envolviam violência sexual e doenças infectocontagiosas, por exemplo.

Posteriormente era realizado o acolhimento com todas as famílias, e conforme as demandas imediatas e a vulnerabilidade social apresentada neste momento inicial davam-se continuidade a um atendimento mais efetivo, através da entrevista, com o objetivo de conhecer a realidade social daquela família, identificando as demandas pertencentes ao Serviço Social. É importante ressaltar que nem sempre estas demandas se apresentavam no primeiro contato, muitas vezes eram relatadas no decorrer dos atendimentos quando já havia se estabelecido um vínculo entre o Serviço Social e a usuária, fato que facilitava a identificação das necessidades presentes no contexto familiar da mesma e conseqüentemente eram prestadas as devidas informações e realizados encaminhamentos.

Conforme já mencionado, utilizava-se como instrumento técnico operativo principalmente a entrevista, que embasava a mediação realizada, em uma troca de informações, saberes e conhecimentos entre a pessoa entrevistada e o entrevistador. A observação, conseqüentemente também era uma constante, pois nem sempre obtíamos as respostas necessárias, através da fala das famílias, mas também, pelos sinais que demonstravam como os gestos, os olhares, bem como, pela recusa de fornecer as informações solicitadas, pois era comum uma determinada resistência no momento em que nos aproximávamos como estagiário de Serviço Social, todavia, na maioria das vezes a

²⁹ O estágio foi realizado no período de julho à novembro de 2008 e março à julho de 2009.

receptividade era positiva.

Estes atendimentos por sua vez, além de ter como objetivo principal um olhar de totalidade para com a família, também possibilitava ao estagiário o alcance dos objetivos do estágio supervisionado, que era permitir o conhecimento da relação teoria-prática do Serviço Social, com a contribuição dos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, em um período de apreensão e aprofundamento da realidade. Este processo de ensino aprendizagem nos possibilitou conhecer como ocorre a ação do profissional de Serviço Social nos campos de atuação profissional e espaços sócio-ocupacionais, e realizar uma articulação entre a teoria e prática de maneira crítica, que foi possível através da aproximação com os sujeitos sociais, a Instituição e os profissionais, após e concomitantemente com a teoria estudada na esfera acadêmica.

Em relação à caracterização das acompanhantes entrevistadas, todas eram mulheres, sendo 37 mães e uma tia adotiva. Este fato nos leva a observar que ainda no século XXI a responsabilidade que as genitoras possuem no contexto familiar, com o papel de cuidar dos filhos, destaca-se principalmente nos momentos de doença. Na Unidade mesmo quando pai e mãe trabalhavam quem se ausentava do serviço era a figura feminina, algumas relatavam que o filho era “mais apegado” com a mesma. Deste modo a mulher era a mais afetada no momento da recuperação da saúde de seu filho, seja no aspecto emocional, como profissional, que iremos discutir mais adiante.

A situação de trabalho e econômica das famílias das entrevistadas, segundo relato das mesmas, eram precárias, pois foram apresentadas condições subalternas de emprego, a atuação em dois empregos para aumentar a renda que não atendia as necessidades da família, trabalhos durante a madrugada sem folgas durante a semana, inserção no mercado de trabalho de um genitor somente, mas principalmente trabalhos informais com remunerações baixas (inclusive abaixo do salário mínimo), bem como, desemprego.

Vitale (2002), afirma que entre as mudanças nos laços familiares estão as chamadas famílias monoparentais, ou seja, que vivem um único progenitor com os filhos que não são adultos ainda, e ressalta que podem ter uma condição de vida mais frágil, portanto, deve-se ser abordado seus vínculos, suas relações com a rede familiar.

Já Bilac (1991, apud, ROMANELLI 2000), indica que a diversidade na composição da instituição doméstica não elimina o predomínio da família nuclear, constituída por marido,

³⁰ O ECA, em seu Art. 12. afirma que: “Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.” (BRASIL, 2006, p. 25).

esposas e filhos. Na tentativa de melhoria nas condições de vida, o marido e a mulher se organizam para assegurar a manutenção do grupo familiar, através da produção de rendimentos (ROMANELLI, 2000).

Uma das profissões freqüentemente citadas nos atendimentos foi a de empregadas domésticas, onde era evidenciada a exploração nesta classe popular, devido as situações referenciadas pelas mães, tais como a jornada de trabalho excessiva e que muitas vezes incluía os finais de semana, a informalidade por não terem carteira assinada e o conseqüente temor do desemprego sem respaldos legais (seguro desemprego, auxílio doença) devido a instabilidade.

Com relação a essas condições, Carvalho refere que a família de baixa renda utiliza novos valores e padrões de reprodução social, como gerar menos filhos e a inserção da mulher no mundo do trabalho. E ainda:

As desigualdades são gritantes e é preciso uma radical redistribuição de renda. O salário mínimo é um reforço à miséria, à exclusão e ao “apartheid” social. Políticas de geração massiva de empregos, assentamentos de famílias no campo, saneamento básico, programas de segurança alimentar devem ser a base primeira da atenção às famílias brasileiras (CARVALHO, 2005, p 102)

Segundo Cioffi (1998, apud, MIOTO 2006), as pesquisas indicam que as mulheres sozinhas (chefia feminina), demonstram maior fragilidade, com inserções precárias no mercado e conseqüentemente maior vulnerabilidade.

Sarti (1996, p. 45, apud VITALE 2002), ainda no mesmo assunto, contribui assinalando que as famílias chefiadas por mulheres vivem em situação mais precárias em relação às famílias pobres, devido às diferenças na inserção da mulher ao mercado de trabalho. E ainda, para Barroso e Brushini (1991 apud VITALE 2002), afirma que a ideologia culpabiliza a vítima e não os fatores sociais, e torna-se mais problemática quando as duas vítimas correspondem a uma só pessoa, ou seja, somente a presença de um genitor.

Algumas entrevistadas relatavam que seus companheiros trabalhavam informalmente (bicos). Outras haviam parado de trabalhar, devido à doença que seu filho possuía, pois exigia um cuidado constante, o que precarizava ainda mais a condição econômica da família. Também relacionado ao trabalho das mulheres, algumas eram do lar, e se dedicavam exclusivamente aos cuidados da casa e da família.

Neste contexto Sarti (2005) relata que vulnerabilidade feminina dá-se quando o homem realiza a mediação em sua relação com o mundo externo, todavia, este mesmo homem enquanto provedor, também se torna vulnerável na medida em que depende de condições

externas, como por exemplo, a instabilidade do mercado de trabalho, no caso da população pobre. E ainda para esta autora, diante das uniões instáveis e empregos incertos, são enfrentadas dificuldades para a realização dos papéis familiares no núcleo conjugal, que para garantir a sobrevivência da família, a rede de parentesco é envolvida.

Todavia, também foram identificadas nas entrevistas, famílias que possuíam vínculo formal de trabalho, e, portanto a preocupação com sua ausência no trabalho devido à internação do filho era maior. E por último foram evidenciadas algumas famílias que viviam apenas do recebimento de benefícios, como Programa Bolsa Família, Auxílio Natalidade, Benefício de Prestação Continuada ou também da pensão alimentícia dos filhos, esta um direito da criança, mas que algumas não recebiam, e as mães relatavam que não recorriam para “não se incomodar”, ou para não ter contato novamente com o ex-marido, devido ao passado sofrido vivenciado com o mesmo. A renda da maioria era em torno de 2 salários mínimos.

Ainda com relação à sobrevivência das famílias foi possível identificar significativamente, a presença da rede de apoio entre os familiares, juntamente com a Igreja, e em um caso particular até o empregador contribuía. Este apoio foi identificado seja em ajuda para comprar alimentos, remédios, doações de roupas, e favores, como permanecer com um dos filhos para os pais trabalharem, levar ao Hospital algum pertence pessoal entre outros, realidade que foi uma constante.

Carvalho (2005), ao refletir sobre a convivência familiar entre os pobres afirma que esta é garantida de forma árdua, como estratégia à sobrevivência material e afetiva e a assim, a família nuclear é quase subsumida pela família ampla, formada por conterrâneos, e que a solidariedade conterrânea e parental, é condição para a sobrevivência de famílias em situação de pobreza. Esta solidariedade é expressa através de pequenos favores cotidianos, e é utilizada para enfrentar situações que a exigem, como por exemplo, alguém que cuida das crianças em uma emergência. Outra solidariedade que contribui com estas famílias é a apadrinhada, ou seja, laços próximos com pessoas da classe média e alta, como com os empregados domésticos, em que recebem doações dos seus patrões. E por último a solidariedade missionária, que através da Igreja recebem suporte emocional, afetivo e material.

Para Carvalho (2000), as expectativas em relação à família, estão impregnadas de idealizações, das quais a chamada família nuclear é um dos símbolos, em que esta produza cuidados, proteção, construção de identidade, capazes de promover melhor qualidade de vida a seus membros e efetiva inclusão social, porém não são garantias. Ainda para a autora, as

possibilidades de maximização de rendimentos e relações para obter emprego, moradia, etc., das camadas populares, são buscadas através da família alargada e grupo de conterrâneos, por exemplo. A solidariedade familiar, todavia, só pode ser reivindicada, entendendo-se que a própria família necessita de atenção para assim proteger, ou seja, se receber também atenções básicas.

Na situação habitacional das famílias entrevistadas, a maioria referiu possuir luz elétrica, água encanada e rede de esgoto (apenas 4 entrevistadas alegaram não possuir, sendo através de “fossa”). Entre os bairros mais citados, predominou os que eram provenientes do município de Florianópolis (16) e do município de Palhoça (12), como por exemplo: Aririú, Alto Aririú, Brejaru, Bela Vista, Serrinha, Monte Verde entre outros.

Assim, a maioria das famílias residia em periferias, bairros subalternos da grande Florianópolis, bem como, em favelas, morros, onde havia uma maior precariedade de moradia, bem como, de vida, devido às casas aglomeradas, a falta de arejamento e estrutura, a falta de privacidade entre as casas, a distância e a dificuldade de acesso aos serviços que necessitam diariamente, a presença do tráfico de drogas nesses locais, entre outros. Inclusive, em um dos atendimentos a mãe relatou desejar mudar-se para uma área mais tranquila, em decorrência de seu bairro ser muito perigoso, a violência crescer cada vez mais, e os tiroteios entre traficantes serem considerados “normais” pela entrevistada, tanto durante o dia como de noite.

Nesta perspectiva, Carvalho (2005), ressalta que a maioria da população vive em cortiços, favelas e casas precárias de periferias, e tornam-se excluídos do acesso e bens e serviços, bem como, do usufruto da própria cidade. E ainda para a autora, percebe-se que estes bairros periféricos proporcionam a ampliação de vínculos maiores da família nuclear e além de perderem o direito à privacidade nestes locais empobrecidos, sofrem com a ausência de usufruto de bens e serviços mínimos à sobrevivência material (transporte, trabalho etc.). A rede de serviços de saúde e educação também reproduzem esta realidade, pois suas políticas são compensatórias e não de promoção, porém os trabalhadores sociais também são subalternizados, como a população que atendem, devido a secundarização do Estado e seu papel residual na proteção destas famílias pauperizadas.

Carlos (2005) acrescenta que à parcela de menor poder aquisitivo da sociedade sobram as áreas centrais, deterioradas e abandonadas ou ainda a periferia, em que os terrenos são mais baratos, devido à ausência de infra-estrutura, à distância das “zonas privilegiadas” da cidade, ou seja, resta a favela, onde os terrenos em sua maioria, não vigoram direitos de propriedade.

Ainda no contexto da habitação, uma problemática encontrada, foi que das 38

famílias, apenas 20 possuíam casa própria, as demais moravam de aluguel ou com parentes, e apenas 1 família tinha sua casa financiada.

A composição familiar era em sua maioria nuclear (30), ou seja, composta por pai, mãe e filhos, e 08 famílias compostas apenas pela mãe e filhos, sendo denominada, monoparental, nestas foi relatado por uma mãe que seus filhos permaneciam sozinhos para que ela pudesse trabalhar (devido a falta de vaga na creche para um de seus filhos), resultado de um desenvolvimento sem a presença paterna e da creche, e principalmente da desresponsabilização do Estado³¹, sem a efetivação de programas sócio-educativos, educação infantil através de política pública de qualidade, tendo em vista a jornada ampliada das mulheres na contemporaneidade, que lhe exige dupla e até tripla jornada de trabalho. Ainda neste contexto ocorreu 3 situações em que os pais se encontravam encarcerados devido ao envolvimento com o tráfico de drogas, inclusive em uma outra situação a paciente estava sob a guarda da tia materna (pois os pais eram usuários de crack). Em algumas dessas famílias (7) era encontrado também na composição familiar, a presença de outros parentes, como avós, tios, genro, sobrinhos, classificando-se como família ampliada. O número de filhos oscilou entre 1 e 10 filhos, mas a média correspondeu em três filhos e prevaleceu entre os casais os vínculos informais de união.

Para Pereira (2006) há vários tipos de famílias, a tradicional família nuclear é composta de um casal legalmente unido, com dois ou três filhos, na qual o homem assume a provisão e a mulher as tarefas do lar, que está em extinção devido a participação da mulher no mercado de trabalho. Todavia, em decorrência do tradicionalismo ainda existente, há uma expectativa de que o foco central das mulheres continue sendo a casa, e que inclusive renunciem das conquistas no campo do trabalho, quando necessário.

Para a autora Mello (2000, p. 54) “há uma troca permanente de serviços nas famílias, um apoio de todas as horas e para todos os problemas. Esses serviços são fundamentais, porque permite enfrentar as épocas de escassez maior, as doenças, o desemprego”. E ainda caracteriza família nuclear como, monogâmica, composta de mãe, pai, filhos. O pai com provedor, que atende as necessidades da família com seu trabalho e a mãe cuida da casa e da educação dos filhos, já os filhos brincam e estudam, com alegria e despreocupadas.

Referente à escolaridade dos membros familiares das entrevistadas, a grande maioria

³¹ O ECA, em seu Art. 4º, afirma que: “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.” (BRASIL, 2006, p. 23) e ainda no Art.54. “É dever do Estado assegurar

possuía o primeiro e o segundo grau incompleto, alguns eram semi-analfabetos³² ou analfabetos, (iremos nos aprofundar mais adiante) e apenas três mães (e quatro pais) possuíam o segundo grau completo ou incompleto. Quanto às crianças e adolescentes a maioria estava na Educação Infantil ou escola, mas com determinado atraso nas séries que deveriam estar freqüentando, segundo as mães, isto ocorria devido “a falta de interesse nos estudos”, salientando que tentavam incentivá-los, pois desejavam um futuro melhor e diferente do que tiveram a seus filhos, tendo em vista que tiveram uma “vida difícil” [sic³³] e sem oportunidades de estudos.

Por último, relacionado com os recursos na área da saúde, apenas duas famílias recorriam também ao atendimento privado, os demais eram atendidos pela UBS, através do SUS.

No entanto, as demandas não se resumiam a caracterização das famílias, que era obtida através de um estudo sócio-econômico aplicado conforme dito anteriormente, através desta entrevista eram evidenciadas outras demandas para atendimento do Serviço Social, relatadas através do diálogo estabelecido entre o Serviço Social e a acompanhante, com o auxílio do vínculo criado entre ambos.

Entre as demandas apresentadas, iremos destacar algumas e discorrer sobre as mesmas, analisando a ligação entre as problemáticas vivenciadas pelas famílias, pois devemos considerar todos os aspectos, através do princípio da totalidade que se realiza através da mediação.

Conforme já citado na caracterização da Instituição, a maioria das doenças apresentadas na UIP são respiratórias, tais como: bronquite, pneumonia, broncopneumonia, asma, entre outras. A problemática mais encontrada foi a presença do cigarro em 21 famílias, sendo utilizado por algum membro familiar, ou ainda, por ambos os pais, e percebeu-se através das entrevistas que estas mesmas crianças e adolescentes possuíam na maioria das vezes, pais fumantes, inclusive mães que fumaram durante a gravidez. Esta realidade pode estar relacionada com a discussão existente sobre o entendimento das causas das doenças

à criança e ao adolescente: IV- atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade” (BRASIL, 2006, p. 31).

³² Significado analfabeto (pessoas incapazes de ler e escrever um enunciado simples relacionado com sua vida diária). Pelo critério adotado pelo IBGE, seguindo recomendações da Unesco, são analfabetas funcionais as pessoas com mais de 15 anos de idade e menos de 4 anos de escolaridade. Disponível em: <http://www.publicacoes.inep.gov.br/arquivos/%7B586C4B19-8E02-4D73-B8F2-B61C43F45069%7D_miolo_Avalia%C3%A7%C3%A3o%20e%20Qualidade%20Educa%C3%A7%C3%A3oB%C3%A1sica.pdf>. Acesso em: 05 out. 2009.

³³ Sic, significa: “segundo informações colhidas”, utilizávamos esta expressão nos relatórios desenvolvidos, para expressar a fala das entrevistadas durante a entrevista.

serem determinadas por fatores sociais³⁴, ou seja, a influência que as condições de vida e de trabalhos das pessoas têm na saúde das mesmas, e nestes casos podem agravar-se, pois além destas famílias apresentarem significativa vulnerabilidade social, há a possibilidade da utilização do cigarro, interferir negativamente na saúde da criança, e seu desenvolvimento sadio ser prejudicado, não se restringindo assim a uma questão biológica. A maioria apesar de ter conhecimento do mal que o uso do cigarro faz, já eram viciadas e não conseguiam controlar-se, apenas evitar (e faziam isto durante a internação), contudo, algumas relatavam que era seu refúgio e ajudava a conter a ansiedade, inclusive a proporcionada pela internação.

Além do cigarro, 4 mães relataram que seus maridos eram alcoolistas, o que também interfere no desenvolvimento da criança, bem como, influencia negativamente na relação entre o casal, onde a mulher é a vítima principal, pois sofre violência doméstica³⁵, esta se expressa em vários tipos: física, sexual, psicológica, moral e patrimonial³⁶, assim como a criança, que tem seu direito³⁷ de desenvolver-se longe da presença destas drogas lícitas, e

³⁴ A definição de saúde como não somente ausência de doença, mas também um estado de completo bem-estar físico, mental e social, inserida na Constituição da OMS, em 1948, parte de uma concepção ampla de saúde, além da doença, que se afirma com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde em 2005, que por sua vez tem como referência o conceito de saúde citado e o preceito de reconhecer a saúde como "um direito de todos e dever do Estado". Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf>. Acesso em: 07 out. 2009.

³⁵ O que é violência contra a mulher? "Qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada". E ainda "...a violência doméstica é a expressão do desejo de uma pessoa controlar e dominar a outra, numa clara demonstração de poder. Quando chega a ocorrer, é porque houve um esgotamento do diálogo, da interação saudável e do respeito entre os cônjuges. Envolve atos repetitivos, que vão se agravando em frequência e intensidade como coerção, cerceamento, humilhação, desqualificação, ameaças, agressões físicas e sexuais variadas. Pode resultar em danos físicos e emocionais permanentes, tanto para a vítima quanto para seus filhos. Tanto a vítima quanto o agressor apresentam imensas dificuldades em expressar seus sentimentos de maneira amorosa, o que resulta no enfrentamento do conflito por meio de agressão física, verbal ou psicológica. Os homens não nascem violentos, eles se tornam violentos por uma construção cultural, assim como o papel da mulher também é apreendido pela sua inserção na cultura. (SEMINÁRIO PARA OPERADORES DO DIRETO E PROFISSIONAIS DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, 2008, p. 09)

³⁶ Física -qualquer conduta que ofenda integridade ou saúde corporal da mulher. Sexual - qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada; que a induza a comercializar ou a utilizar sua sexualidade; que a impeça de utilizar método contraceptivo ou que force o matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição; ou que limite ou anule os seus direitos sexuais ou reprodutivos. Psicológica -qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da auto-estima à mulher, que lhe prejudique o pleno desenvolvimento ou que vise controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica em à autodeterminação. Moral -qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. Patrimonial, qualquer conduta que configure subtração, destruição de objetos pertencentes à mulher, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos (SEMINÁRIO PARA OPERADORES DO DIRETO E PROFISSIONAIS DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, 2008, p. 117).

³⁷ O ECA, em seu Art. 7º, afirma que: "A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência". (BRASIL, 2006, p. 24), e ainda no Art.19 "Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes." (BRASIL, 2006, p. 26).

também ilícitas, em um ambiente saudável, e acaba tornando-se assim também uma vítima. Em um dos casos atendidos, a demanda inicial era com relação ao planejamento familiar, em que a mãe desejava realizar a laqueadura, devido as gravidezes de alto risco que possuiu. Contudo no decorrer do atendimento, quando foi questionada com relação a sua relação conjugal, começou a chorar, e confessou que sofria de violência doméstica, devido seu marido ser alcoolista (o mesmo não se reconhece doente), beber todos os dias e sempre chegar em casa tarde. Ressaltou que apanhava todos os dias, mas fazia 4 meses que não sofria violência física, pois não estavam dormindo juntos e que já havia registrado 9 boletins de ocorrência, e no único momento em que conversou sobre separação com seu marido (pois ele não estava bêbado devido a pedidos da filha que no dia seguinte iria ao Hospital consultar), o mesmo não concordou, apesar de assumir que não gostava mais de sua esposa, porém não quer se separar pelas suas filhas, assim, a entrevistada disse a seu marido, que seu vício só traz sofrimento às mesmas, já que acredita ser esse o motivo da paciente estar doente, pois no Hospital sentia-se bem melhor e relatou não sentir saudades de casa, salientando que quando sua filha entra em contato telefônico com pai preocupada com o mesmo, uma mulher atende e a insulta. [sic]

Carvalho (2005), comentando sobre o assunto, refere que o uso de bebidas alcoólicas pelos adultos é o que lhes resta, em decorrência da exclusão e discriminação que estão submetidos, trabalham em ocupações (manuais, rotineiras), que reforçam a exploração e o caráter de subalternidade, devido não possuírem qualificação profissional na maioria das vezes, e no lar, as atividades se repetem.

Logo, Mito (2006) ressalta que estas famílias expressam dentro de si seus fracassos no desempenho das funções de cuidado e proteção de seus membros, com o alcoolismo, violência, abandonos e são consideradas como incapazes, pois recorrem à interferência externa do Estado, ou seja, são merecedores da ajuda pública (considerado pelas políticas de proteção social) as famílias que falharam na responsabilidade com seus membros.

Já a autora Mello (2000) indica que o fracasso moral de seus membros é de responsabilidade desta família (a autora refere que é freqüente encontrarmos a chamada “desorganização familiar”), e é evidenciado na violência, na dificuldade de adaptação escolar etc., e sinaliza que as desesperanças são expressas através do alcoolismo e doenças, e que para entender os conflitos existentes, deve-se conhecer as condições de vida destas famílias.

Minuchin (1999) também aponta que no momento em que estas famílias não conseguem encontrar uma saída para os problemas elas se fragmentam, e o conflito e a violência são preocupações de suma importância, quando a família atendida enfrenta crises múltiplas.

Para Pereira (1995, apud, PEREIRA 2006), a família como toda instituição social deve ser encarada como uma unidade forte e fraca. Forte, pois é de fato um *locus* privilegiado de solidariedades, e onde se dá a reprodução humana, a socialização das crianças e a transmissão de ensinamentos que perduram durante a vida das pessoas. E frágil, pois não está livre de violência, desencontros, rupturas, entre outro, que podem gerar inseguranças, mas também, abrir porta para a emancipação e bem-estar de indivíduos oprimidos no seio da família, como por exemplo: crianças. A autora sinaliza que pesquisas realizadas comprovam a prevalência dessa fragilidade sobre os aspectos fortes, principalmente na população mais pobre, (mas não somente) em que é significativo os próprios genitores cometerem maus-tratos com seus filhos.

Em contrapartida a autora Carvalho (2005) sinaliza um novo olhar sobre os chamados maus-tratos provocados nas crianças pelas suas famílias, que em geral culpam-nas, e não se aprofunda a violência e os maus-tratos sofridos pelas mesmas.

É importante ressaltar que todas as mães entrevistadas que possuíam maridos alcoolistas (4), sofriam também de violência doméstica, segundo as mesmas era devido à agressividade causada pelo álcool (e em dois casos outras drogas também), porém a maioria sentia medo de denunciar seu marido, ou dependia economicamente do mesmo, que era o único ou o principal provedor, o que gerava sentimentos de desesperança, relatados pelas mesmas e presenciados durante o relato.

Entre as entrevistadas, duas genitoras afirmaram ter denunciado seus maridos. A primeira registrou boletins de ocorrência, todavia não teve respaldo da rede de proteção contra a mulher e ainda vivia com seu marido, pois este não desejava a separação, devido possuir duas filhas. A segunda entrevistada relatou que se fosse agredida novamente seu marido seria preso, mas afirmou que o mesmo havia realizado tratamento contra as drogas, estava se recuperando e se esforçando para mudar, e assim ela estava lhe dando uma chance, caso contrário iria se separar [sic].

Além das 4 mães que relataram sofrer de violência doméstica, 2 mães, já haviam sofrido, pois devido não terem coragem de denunciar, haviam fugido de suas casas e de seus respectivos maridos, juntamente com seus filhos, para não sofrerem mais de agressão (principalmente física), pois não suportavam mais a vida sofrida e cruel que possuíam. Inclusive uma destas mães, relatou no atendimento juntamente de sua filha de 11 anos, que esta havia sofrido abuso sexual pelo seu ex-marido, quando possuía apenas 2 anos de idade.

Szymanski (2002) adverte que a violência doméstica vem aumentando, ou, tem tido maior visibilidade em um fenômeno que se restringia em quatro paredes, e tornando-o público, possibilitará seu estudo e o desenvolvimento de procedimentos de intervenção. Nesta

perspectiva, o Estado estende sua proteção a crianças desprotegidas, através de leis, como o ECA³⁸. Ainda para a autora, o alcoolismo e o consumo das drogas, juntamente com seus efeitos devastadores, não podem ser separados da violência doméstica, e para serem analisados, todas as dimensões devem ser consideradas, desde as relações interpessoais, até sua inserção na sociedade mais ampla. Para Szymanski (2002), atribuir às famílias das camadas pobres uma função de proteção às crianças e adolescentes sem oferecer os meios, é no mínimo hipócrita.

Outra demanda identificada em 07 mães, conforme informações das mesmas, foi com relação a não utilização de métodos contraceptivos, o que ocasiona além da gravidez precoce, uma gestação não planejada. Diante dessa realidade, encontramos algumas genitoras que tiveram gravidezes não planejadas, devido a não utilização de método contraceptivo, no entanto, a gravidez que no início não era desejada pelas entrevistadas, tornava-se desejada durante a gestação, exemplo disto é o relato de uma mãe que teve depressão durante e após a gestação, e, no entanto aprendeu a amar seu filho. Em contrapartida em um dos atendimentos uma mãe confessou ter tentado abortar duas vezes, porém não conseguiu, pois não desejava e nem planejava sua gestação.

Conforme relato das mesmas, a reclamação dos efeitos colaterais do anticoncepcional, e principalmente a falta de informação e acesso, foram algumas das causas evidenciadas, pela não utilização de métodos contraceptivos, o que acabava gerando um número maior de filhos que o esperado (conforme citado na caracterização).

Nesta perspectiva, para Goldani (1994, apud, SARTI 2005) houve no Brasil, uma redução significativa do número de filhos em todas as camadas sociais, principalmente entre os pobres (pois apresentavam as maiores taxas de fecundidade), entretanto a difusão dos anticoncepcionais que teve impacto em toda a sociedade, mas não teve o mesmo significado em todos os segmentos, porque a maternidade tem significado distinto para as pessoas. Assim, as mudanças familiares têm sentidos diversos para os segmentos sociais, com impactos distintos sobre eles, pois o acesso a recursos é desigual.

Todavia, apesar de algumas mães entrevistadas não utilizarem métodos contraceptivos, uma realidade que também se evidenciou nos atendimentos realizados na UIP, conforme relato das entrevistadas, era com relação à laqueadura, algumas mães já haviam realizado (e dois maridos haviam realizado vasectomia), e dez desejavam realizar, pois não

³⁸ O ECA, em seu Art. 5º, afirma que: “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.” (BRASIL, 2006, p. 24).

possuíam o desejo de ter mais filhos, bem como, não haviam se adaptado ao anticoncepcional, conforme citado anteriormente.

Porém muitas mães quando tomavam conhecimento do Programa de Planejamento Familiar do HU e a possibilidade de utilizar algum método contraceptivo, apesar de demonstrarem interesse, após socializarmos as informações sobre o direito, a importância, e fornecermos o vale transporte com o intuito de contribuir para a realização da consulta com a médica, não compareciam as mesmas. Entretanto, devemos compreender que os motivos podem ser diversos, como a falta de tempo, a consulta ser realizada em um único dia e período da semana, horário em que algumas podem estar trabalhando, ou possuírem outras rotinas, a falta de interesse, sendo que nem todas as mães traziam de forma espontânea esta demanda, mas sim eram questionadas pelo Serviço Social, e até mesmo a falta de dinheiro.

Nesta perspectiva Queiroz (1991) refere em seu trabalho de pesquisa³⁹ que a utilização de cirurgia e esterilização feminina são destacadas significativamente pelas entrevistadas, e ressalta que é um aspecto sociocultural que repudia um número elevado de filhos, ou seja, a família numerosa deixou de ser valorizada.

Em contrapartida, em um dos atendimentos, uma das mães, afirmou sentir desejo de possuir mais um filho, mesmo com toda sua trajetória de vida árdua. Neste aspecto devemos ressaltar o direito sexual e reprodutivo da genitora, que apesar de suas dificuldades, possui o direito de ter filhos, mesmo em situação vulnerável.

Sarti (2005, p. 22) com relação a este assunto, comenta:

“as distintas intervenções tecnológicas, entretanto, atingem diferentemente a concepção de família. A pílula abala o valor sagrado da maternidade e a identificação entre mulher e mãe, ao permitir a autonomia da sexualidade feminina sem sua inexorável associação com a reprodução.

É importante ressaltar ainda, que a maioria das mães engravidou durante a adolescência, e pararam de estudar e algumas até de trabalhar, devido à gestação que dificultou a permanência na escola ou no espaço de trabalho, sentindo-se obrigadas a se dedicarem somente a gestação, devido sua condição. Atualmente lamentam suas escolhas e desejam retornar aos estudos, porém se dedicam aos cuidados dos filhos, (que ainda não frequentam a creche, ou a frequentam meio período), ou trabalham e chegam em casa

³⁹ A pesquisa é situada em Paulínia, São Paulo (município de porte médio), dotado de uma rede de saúde pública considerada modelo que convive e compete como representantes da medicina privada e da medicina popular extra-oficial. O trabalho de pesquisa do autor focaliza as representações e as estratégias relativas à saúde e à doença utilizadas por famílias de dois bairros de camadas trabalhadoras, bem como por agentes, tais como médicos, farmacêuticos e enfermeiros, encarregados de promover saúde para esta população. Foram pesquisadas

cansadas e não tem disposição para cuidar do lar, dos filhos e do marido e ainda para estudar, apesar do interesse existente.

No contexto da internação dos filhos, além do receio e temor que os pais possuíam quando chegavam, outra demanda que agravava o quadro da família e gerava mais estresse, tristeza e ansiedade, era a ausência das mães em seus respectivos espaços de trabalho, sendo que ocorreram situações em que as acompanhantes esqueciam-se de comunicar aos seus empregadores (bem como a creche) sobre sua ausência devido ao envolvimento com a situação de doença do filho. Além disto, a preocupação de que apesar de receberem o atestado médico, comprovando o período em que estiveram como acompanhantes, muitas vezes não teriam a garantia de que não seriam prejudicadas devida sua ausência.

Isto foi identificado através dos relatos das entrevistadas, em que alguns empregadores entravam em contato telefônico com as mesmas questionando quando retornariam ou estipulavam um retorno breve, mesmo se a criança ainda estivesse internada naquela data estipulada, sendo assim, pouco compreensivos com a problemática encontrada pela sua empregada e família. Outro fato ocorrido foi o empregador de uma das mães duvidar, desconfiar e não acreditar na internação, apesar de ter conhecimento sobre a realidade da família, dizendo “desaforos” [sic] para o esposo da entrevistada quando esse lhe deu o recado, (já que aquela estava no Hospital e não tinha como entrar em contato com o mesmo) e disse inclusive que estavam mentindo sobre a internação. Outro exemplo que encontramos, foi uma mãe desabafar dizendo que como estava no período de experiência, já esperava sua demissão, pois ouviu que nesta empresa onde estava trabalhando, se alguém apresentasse atestado médico por motivo de doença, era demitido.

Esse tipo de situação precarizava ainda mais a condição da mulher, que além do papel de mãe, era quem permanecia com seu filho na Unidade, preocupava-se com os demais filhos em casa, e que também era prejudicada em sua relação de trabalho em seu serviço, já o marido continuava exercendo suas funções normalmente, e cabia ao mesmo somente realizar visitas e lavar os pertences pessoais de sua família ao Hospital. Apesar de que alguns também faltavam serviços por terem que cuidar dos demais filhos que permaneciam em casa, isto ocorria quando a mulher não trabalhava fora e somente cuidava dos filhos, ou seja, na ausência da mãe no lar, o pai exercia esta função. E o medo da demissão aumentava principalmente quando ambos tinham que ausentar-se.

Conforme sinaliza Queiroz (1991) em sua pesquisa, e também um dos aspectos

perceptíveis na UIP é referente a figura feminina nas questões de saúde e doença, pois é esta quem avalia as condições de saúde de sua família e de si mesma, e as formas de procurar os recursos para a cura, isto dá-se devido a maior parte do tempo que o pai permanece fora de casa, ou porque não lhes compete esta função. Quanto aos sintomas de doenças, é a mulher também quem os percebe e que procura as soluções, já o homem reconhece um processo de doença somente em situações drásticas. E quando isto ocorre ele tende a ficar abalado emocionalmente, sendo que ameaça o seu papel de provedor da sobrevivência familiar, além de permanecer no lar durante o dia, ambiente controlado pelas mulheres.

Neste aspecto Sarti (2005) refere que entre os pobres existe uma divisão de autoridades entre o homem e a mulher na família, demonstrado na diferenciação entre casa e família. A casa é identificada pela mulher e a família com o homem, e ambos se complementam. O homem é considerado o chefe da família e a mulher chefe da casa. O homem é a autoridade moral, responsável pela respeitabilidade familiar. A mulher cuida de todos e zela para que tudo esteja em seu lugar.

Mioto (2006) ressalta que as funções estão fortemente vinculadas a julgamentos morais, na qual a mulher é responsável pelo cuidado e educação dos filhos, enquanto o homem pelo provimento e autoridade.

Outra demanda significativa que também atinge as famílias da UIP, é o nível de escolaridade, que não ultrapassa o segundo grau completo, e através das entrevistas foi possível evidenciar que a maioria não possui nem o primeiro grau completo (como já citado acima), os relatos das mães eram que além da gravidez, haviam parado de estudar para trabalhar, ou seja, inserção precoce ao mercado de trabalho, e poucas afirmaram que não tinham interesse de estudar na época. Entretanto, a maioria confessava que tinha o sonho de retornar aos estudos, porém não tiveram oportunidades são impossibilitadas devido ao papel de mãe e esposa que exercem, todavia eram orientadas neste sentido sobre a existência do CEJA (Centro de Educação de Jovens e Adultos) e do Pró- Jovem⁴⁰, e a importância de concluir os estudos, em sua vida profissional e pessoal. Ainda nesta perspectiva de escolaridade, apesar de poucos relatos, houve mães que relataram a dificuldade de encontrar creches (algumas com critérios de inserção) e escolas com vagas, bem como, foram identificadas na fala o receio de deixar seus filhos em creches ou com “babás”, em

⁴⁰ Voltado especificamente para o segmento juvenil (18 a 24 anos) mais vulnerável e menos contemplados por políticas públicas, que tenham concluído a quarta série, e não atingido a oitava série do Ensino Fundamental, sem vínculos formais de trabalho. Disponível em: <<http://www.projovemurbano.gov.br/site/interna.php?p=material&tipo=Conteudos&cod=12>>. Acesso em: 14 nov. 2009.

decorrências de serem pessoas desconhecidas.

Bertani (2007), relacionando com este assunto, refere que o capital e sua lógica de desenvolvimento desigual, ampliam-se as condições de pobreza, através de precárias condições de educação dificultando o acesso a empregos formais, e às garantias constitucionais.

Em relação aos recursos utilizados pelas famílias com relação a assistência social, algumas famílias participavam do Programa Bolsa Família, outras, haviam se inscrito, mas não foram chamadas, algumas tinham conhecimento mas não sabiam que tinham direito, e outras não sabiam da existência do Programa.

Com relação ao acesso à saúde as famílias eram provenientes da grande Florianópolis (Santo Amaro da Imperatriz 1, Tijucas 1, Biguaçu 1, Palhoça 12, São José 4, Florianópolis 16) e municípios próximos da capital (Imbituba 1, Coronel Freitas 1, Blumenau 1) e devido a falta de recursos do município proveniente, foram encaminhadas para o HU, essa realidade prejudicava um pouco da dinâmica familiar, pois além da situação de saúde de seus filhos, e algumas problemáticas que a internação trazia para a família (como por exemplo a ausência no serviço), ainda tinha a condição de estarem longe de sua cidade e família, isto proporcionava um abalo maior nas mães/genitoras, pois ficavam longe de seus maridos e dos demais filhos.

Genofre (2000) ressalta que cabendo à família toda a responsabilidade pela criação, educação, formação da criança, lamenta que as políticas sociais públicas em decorrência de outros interesses por parte do Estado, não estejam implementadas efetivamente em todas as áreas, principalmente na área da saúde, alimentação e educação, para suprir as carências das famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho teve como objetivos analisar as demandas apresentadas pelas famílias com crianças e adolescentes internados, tendo em vista as expressões da questão social que ganhavam visibilidade durante o atendimento, ou seja, inicialmente a demanda principal e explícita trazida pela família na UIP era a saúde da criança, todavia no decorrer dos atendimentos outras demandas que estavam implícitas eram identificadas, pelo Serviço Social, bem como, algumas demandas espontâneas, trazidas pelos próprios familiares. E também objetivou analisar a importância da ação profissional frente a estas demandas, visando contribuir com a qualificação do Serviço Social nesse espaço sócio-ocupacional, fortalecendo seu reconhecimento frente aos demais profissionais da Unidade.

Diante das análises das entrevistas realizadas, tentamos neste trabalho relacioná-la com o processo de ensino aprendizagem, obtidos durante a graduação, criticando a realidade de forma ética, dentro dos princípios ético-políticos da profissão. Assim, iremos elencar algumas considerações e aspectos a respeito do contexto encontrado.

Primeiramente podemos ressaltar a importância da interdisciplinaridade, com todos os profissionais envolvidos no processo de recuperação da saúde do paciente, pois enfrentávamos os limites da Instituição, com determinada resistência principalmente da equipe médica, através de uma relação de poder, em decorrência do desconhecimento, não valorização da profissão de Serviço Social, e uma visão equivocada a respeito da mesma. Estes posicionamentos por sua vez, eram perceptíveis durante os atendimentos, seja em um acolhimento, mas principalmente durante as entrevistas, na qual estabelecíamos no decorrer da internação um acompanhamento junto aos usuários, que era realizado muitas vezes com dificuldades. Entretanto, cabe salientar que em 29 anos o Serviço Social têm conquistado seu espaço na UIP perante aos demais profissionais.

Ainda neste contexto, uma das razões, conforme já citado acima, deve-se ao fato de não conhecerem profundamente o objetivo do Serviço Social, e as demandas ocultas que podem ser identificadas durante um atendimento, entretanto, quando era evidenciada alguma demanda que não lhes pertenciam, nos encaminhavam.

Todavia, cabe ressaltar que todos os profissionais devem ter a compreensão, que devido o usuário não ter o conhecimento que suas necessidades expostas a partir dos atendimentos, muitas vezes se caracterizam como objeto de intervenção, se torna importante, a escuta qualificada, o vínculo estabelecido e o acolhimento, somados a entrevista para identificarmos outras demandas que nos pertencem, explicando os objetivos de nossa atuação. Porém para tal realidade ser concretizada os demais profissionais devem ter a compreensão da importância do retorno fundamental, ou seja, as demandas identificadas, durante um atendimento em um leito.

A partir deste enfrentamento sobre a resistência, esta problemática nos levou a analisar as demandas trazidas pelas famílias, com o objetivo de identificar as diferentes naturezas daquelas, refletindo a importância das ações profissionais e dos instrumentos técnico-operativos, para alcance das mesmas, e somente com a atuação do Assistente Social e o estabelecimento do vínculo, temos a possibilidade de identificar, decifrar, encaminhar e resolver tais demandas apresentadas. Assim almejo que analisando as mesmas e tornando aparente o que era oculto, todos os profissionais compreendam o indivíduo, não de forma fragmentada, mas em sua totalidade, buscando a solução dos problemas na integralidade em saúde do mesmo.

Outra consideração ainda com relação ao atendimento e mais especificamente à entrevista deve-se devido a mesma ser realizada apenas com algumas famílias em decorrência da Assistente Social desta Unidade, atuar em outras áreas do Hospital, como no Plantão e na Tocoginecologia, dificultando o atendimento integral a todas as famílias que estavam com seus respectivos filhos internados, devido numerosa demanda. Esta é uma realidade problemática presente na UIP e que prejudicava de certa maneira as demais famílias que recebiam apenas o acolhimento inicial e as visitas nos leitos, o essencial era que todas as famílias fossem entrevistadas igualmente, assim, estaríamos realizando um atendimento de qualidade com todos os acompanhantes, outro dificultador deve-se a rotatividade das famílias, que as vezes impossibilita a continuidade de nossas intervenções.

Cabe ressaltar também que durante os atendimentos era perceptível, através de suas falas, que as entrevistadas não se consideram sujeito de direitos, ou seja, a falta de conhecimentos dos cidadãos sobre seus direitos sociais foi identificada de forma significativa

(principalmente direitos sociais, como saúde, previdência, assistência). Nesta perspectiva, outra problemática encontrada foi a falta de conhecimento e acesso aos métodos contraceptivos (que resultou em gravidezes precoces), herança ainda do conservadorismo, mas principalmente resultado da ausência de educação à população sobre este assunto que é também um direito e deve ser garantido a todos, seja na informação ou no acesso.

E assim, a informação (através das orientações) torna-se nos atendimentos fundamentais para dar respostas as demandas apresentadas, que se estabelece através das ações sócio-educativas. Com relação a informação como um potencializador em nossas ações, Sarmiento (2006), salienta que ela precisa ser compreendida como um instrumento que divulga informações de interesse da população e do Assistente Social, e que entre outros, permite difundir conhecimentos sobre novas maneiras de pensar e agir. Neste sentido, destacamos a importância da entrevista, que ainda para o autor, é um dos instrumentos mais importantes e caracteriza-se como uma relação educativa, através da orientações.

Com relação à caracterização das famílias, e decorrente da realidade supracitada, apesar de algumas mães não utilizarem métodos contraceptivos, as famílias não eram tão numerosas, e as mães quando questionadas, manifestavam interesse em realizar a laqueadura. Isto é resultado das conquistas que as mulheres alcançaram nas últimas décadas, atuando em outros espaços, como no mercado de trabalho, onde a mulher não se restringe somente aos cuidados da casa e da família, mas também das dificuldades encontradas na criação dos filhos. Sendo assim, na sociedade contemporânea, a mulher moderna configura-se como esposa, mãe e empregada, e ainda almeja seu crescimento profissional através dos estudos, todavia, há controvérsias quanto a qualidade de vida das mesmas, com a conquista de igualdade de direitos. Além disto na UIP, havia a preocupação com suas ausências em seus respectivos espaços de trabalho, o que precarizava ainda mais sua condição.

E ainda acerca desse assunto, enfrentamos expressões da questão social no que diz respeito à desigualdade, violência, pobreza, drogas (...) sendo que as famílias das entrevistadas vivem precariamente devido suas condições sócio-econômicas, com inserções informais em seus respectivos empregos e com salários baixos, considerando que apesar de 20 possuírem casa própria, o aluguel apareceu como uma das despesas maiores. Uma demanda que apareceu de forma significativa nas famílias foi o aparecimento do cigarro (e em número menor o álcool), percebeu-se que são formas de enfrentar a vida difícil e cruel que possuem, conforme relato de algumas, tornando-se refúgio. Neste sentido, todas as mães que possuíam maridos alcoolistas, eram vítimas de violência doméstica, mas não denunciam por temor ou dependência econômica do agressor, que é o provedor principal, o que precariza

ainda mais sua condição como mulher, considerando todos os elementos sinalizados acima.

Uma realidade constante nos atendimentos era a rede de apoio entre os parentes, vizinhos, amigos e ajuda da Igreja, através de trocas de favores, estratégias essas de sobrevivência para garantir a satisfação de todas as necessidades básicas da família, devido a subalternidade enfrentada. Assumpção (2007) se refere ao apoio social como estratégia principalmente das classes populares, e uma prática alternativa em integralidade, devido ao serviço de saúde restrito oferecido as mesmas.

Tendo em vista as condições de vida e de trabalho das famílias, conforme descrito acima, percebemos a possibilidade das doenças dessas crianças e adolescentes (a maioria respiratórias), serem determinadas, ou apenas agravarem-se, pelos fatores sociais em que vivem, como a presença do cigarro em seu desenvolvimento, a função e os salários baixos dos genitores.

Em consulta ao artigo “Saúde e seus determinantes sociais”, com a finalidade de nos aprofundarmos sobre o assunto, o mesmo afirma que as condições de vida e de trabalho, estão relacionados com a situação de saúde, bem como, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, influenciam a ocorrência de problemas de saúde. Ou seja, as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham afetam a saúde das mesmas, todavia podem ser alterados com informação. Os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho (alimentação, saúde, educação), indicam que pessoas em desvantagens nos recursos, correm maiores riscos, devido à habitação humilde, condições estressantes de trabalho etc., e as políticas devem atuar sobre estas condições materiais e psicossociais em que vivem e trabalham as pessoas, buscando assegurar melhores acessos, como habitação adequada, serviços de saúde, educação de qualidade, entre outros, diminuindo as diferenças sociais, e os diferenciais de exposição a riscos.

Assim, o trabalho interdisciplinar se faz indispensável, pois trabalhando em equipe, estaremos praticando uma atuação mais comprometida, crítica e investigativa da realidade apresentada, ou seja, articulando os saberes, as possibilidades de atingirmos essa integralidade tornam-se maiores, devido a compreensão ampliada dos determinantes da doença. Todavia é necessário considerá-los em sua totalidade, conhecermos sua realidade social como um todo, ou seja, conhecer as condições de vida das pessoas contribui para entendermos a influência na saúde das mesmas, que as tornam mais ou menos vulneráveis ao adoecimento.

Neste sentido, trabalhando com a concepção ampliada de saúde, (Bravo, 2006) iremos ter a apreensão ampliada das necessidades dos indivíduos. Outro elemento importante e que é decorrente desse processo de integralidade, é a intersetorialidade, uma prática não que não

fragmenta-se somente a um serviço, e sim utiliza toda a rede de proteção buscando resolver todas as demandas postas pelo usuário.

Contudo como já ressaltamos, somente com a atuação pautada na interdisciplinaridade e intersetorialidade, atingiremos a integralidade do sujeito, através de sua totalidade, praticando um atendimento humanizado, na busca pela resolutividade de suas necessidades apresentadas.

E também, percebemos na prática, amparadas em Miotto (2006), que tem existido uma penalização da família por parte das instituições que deveriam promovê-la, negando assim, o reconhecimento da centralidade da família no âmbito da vida social. Mais especificamente no Brasil, que tem em sua Constituição a família como base da sociedade e especial proteção do Estado, é verificada através de pesquisas uma pauperização, bem como, uma queda na qualidade de vida destas famílias. Sgritta (1995, apud MIOTTO 2006), existem dois canais para satisfação das necessidades dos cidadãos: o mercado via trabalho e a família, e somente quando estes falham, o Estado intervém temporariamente, com ajuda pública, que acontece sob forma de compensação por pobreza, delegando assim maiores tarefas aos grupos familiares, com uma sobrecarga de funções, através de um Estado regulador e ineficiente. A autora refere que pela ideologia, as famílias devem ser capazes de proteger e cuidar de seus membros. Esta realidade foi comprovada na UIP, pois há uma ideologia intensa em responsabilizar seus pais pela doença de seus filhos.

Diante do trabalho, apresentamos algumas sugestões com o intuito de contribuir com a melhora e qualidade dos serviços prestados a população, sendo que presenciamos o processo de recuperação da saúde de muitas crianças e adolescentes, assim como, o contexto familiar em que viviam. Lembrando que são sugestões, que devem ser analisadas quanto a sua pertinência.

Podemos destacar, a necessidade de um espaço reservado ao Serviço Social dentro da Unidade (além da sala), que facilitaria a preservação da privacidade do usuário, em seus relatos e informações, bem como o sigilo profissional somente ao Assistente Social, proporcionando um espaço adequado para sentir-se bem e acolhido para apresentar suas necessidades, angústias, sofrimentos; a possibilidade de ter uma Assistente Social durante o dia todo e não somente meio período, visto que em determinados momentos há somente estagiário disponível, e profissional somente no Plantão, porém este é no piso térreo e dificulta o acesso; a continuidade da reunião entre os profissionais das diversas áreas, em um

espaço de discussão dos casos, denominada Intercâmbio⁴¹ Interdisciplinar, na qual amparadas em Assumpção (2007), reforçamos a importância do trabalho em equipe, que possibilita a intedisciplinaridade e conseqüentemente a compreensão ampliada dos determinantes sociais o processo de saúde e doença; a efetivação de visitas domiciliares nos casos mais graves; ampliar os recursos advindos da direção, devido à contenção de recursos no período de estágio; a participação dos Assistentes Sociais nas reuniões de grupo realizadas entre os usuários e a Psicologia; e formas de fortalecer o espaço do profissional de Serviço Social na Unidade;

Contudo, os enfrentamentos para responder às demandas apresentadas são inúmeros, pois não depende somente das ações profissionais do Serviço Social, mas também da relação com os profissionais das demais áreas, e com a rede de proteção social, para assim alcançarmos a integralidade do sujeito, tendo uma compreensão ampliada dos determinantes sociais do processo de saúde e doença dos usuários, todavia se faz de suma importância também o fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária na defesa dos direitos sociais conquistados na Constituição Federal que estão perdendo seu caráter universal, com a privatização no âmbito da saúde, através de atendimentos cada vez mais focalizados à população em decorrência da desresponsabilização do Estado.

⁴¹ O intercâmbio disciplinar constitui-se em uma atividade que visa a promoção de uma visão integral do ser humano (incluindo os próprios profissionais que atuam na instituição) e busca lançar um olhar mais humanizado ao paciente, almejando a ampliação da compreensão do paciente além dos aspectos curativos da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAPTAÇÃO DA CARTILHA PUBLICADA PELO FÓRUM CEARENSE DE MILHERES. **Lei Maria da Penha Sobre a violência contra as mulheres**, 2006.

ALVES, F. L. **Da atenção básica à internação hospitalar**: uma reflexão acerca da trajetória de assistência do usuário do SUS de Florianópolis. Florianópolis, 2007. (mimeo).

AROUCA, A. S. S. **Saúde e democracia**. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

ASSUMPÇÃO, P. F. S. **A integralidade em saúde e o debate do serviço social**. f. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, CSE, PGSS, 2007.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 6ª edição. Brasília: 2006.

BRAVO, M. I. Políticas brasileiras de Seguridade Social: Saúde. In. **Capacitação em Serviço Social e política social**. Módulo 3. Brasília: UNB-CEAD, 2000., p. 103-116.

_____. A política de saúde no Brasil: trajetória e história. In. **Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ-DEPERXT-NAPE, 2001a. p. 21-28.

_____. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001b.

_____. A saúde na década de 90. In: **Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ-DEPERXT-NAPE, 2001c. p. 29-32.

_____. [et al], (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. –SP: Cortez: RJ: UERJ, 2006.

_____. (Org). **Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 1.ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

BERTANI, I. F. Conversas interessantes sobre saúde: Programa de Extensão QUAVISSS. In: BERTANI, I. F; REZENDE, R. M (org.). **Saúde, qualidade de vida e relações de trabalho**. Franca: UNESP-FHDSS, 2007.

CARLOS, A. F. A. **A cidade**. 8 ed. São Paulo: Contexto, 2005.

CARVALHO, M do C. B. de. A priorização da política social. In: KALOUSTIAN, S. (org.) **Família brasileira a base de tudo**. São Paulo: Cortez, UNICEF, 2005. p. 93-108.

CARVALHO, M. do C. B de. (org.). In: _____ **A família Contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2000.

CHIORO, A. SCAFF, A. **Saúde e Cidadania: Uma pequena história das políticas do Brasil**. [S.L.:s.n.] [19--?].

CHUPEL, C. P. **O acolhimento em saúde para os profissionais do Serviço Social: uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua relevância junto aos processos sócioassistenciais**. s, 85f. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2005.

_____. **Acolhimento e Serviço Social: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, CSE, PGSS, 2008.

COELHO, C. C. **Acesso, Qualidade e Humanização na Assistência Farmacêutica com Controle Social**. 2003. Fpolis/UFSC/Mimeo.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

DATAPREV. **Sobre a dataprev:** A dataprev. Disponível em:
< <http://portal.dataprev.gov.br/2009/07/22/dataprev-%e2%80%93-empresa-de-tecnologia-e-informacoes-da-previdencia-social/> > Acesso em 01 out. 2009.

GENOFRE, R. M. Família: Uma leitura jurídica. In: CARVALHO, M. C. B (org.). **A família Contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2000.

GIL, AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IAMAMOTO, MV. **A questão social no capitalismo**. Temporalis. 2004.

KAZLOWSKI, S. Z. **Como a família se organiza no processo de recuperação da saúde: o papel dos acompanhantes**. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2008.

KONDER, L. **O que é dialética**. 23ª ed. Coleção 1ºs Passos. São Paulo: Brasiliense, 2004.

KRÜGER, T. R. De que saúde se trata?. In: **Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde**. Recife: PGSS/UFPE, 2005, Tese de Doutorado, p. 69-72.

_____. Conferências Nacionais de Saúde: Ganhos Democráticos ou Reprodução Da Nossa Cultura Política. In: **Serviço Social e Saúde**. Ano VI – Nº6-Campinas: UNICAMP, 2007.

LEWGOY, A. M. B. & SILVEIRA, F. M. C. A entrevista nos processos de trabalho do Serviço Social. **Revista Texto & Contextos**. Porto Alegre: 2007.

LIMA, T. C. S. A intervenção Profissional do Serviço Social: Propondo debates sobre ações sócio-educativas. In: IX Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2004, Porto Alegre/RS. Anais do IX ENPESS. Porto Alegre/RS: PUC/RS, 2004. v. 1.-9.

MATOS, M. C. de. O Debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez. N. 74, jul./2003, p. 84-117.

MELLO, S. L. de. Família: Perspectiva teórica e observação factual. In: CARVALHO, M. C. B (org.). **A família Contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2000.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Avaliação e qualidade da educação básica**. Disponível em: <http://www.publicacoes.inep.gov.br/arquivos/%7B586C4B19-8E02-4D73-B8F2-B61C43F45069%7D_miolo_Avalia%C3%A7%C3%A3o%20e%20Qualidade%20Educa%C3%A7%C3%A3oB%C3%A1sica.pdf>. Acesso em 05 out. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Perspectivas Históricas do Financiamento Público da Saúde no Brasil**. Disponível em: <http://portaldes.iciet.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00007203&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 12 set. 2009.

_____. **A saúde e seus determinantes sociais**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf>. Acesso em 07 out. 2009.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO: **Pró Jovem Urbano**. Disponível em: <<http://www.projovemurbano.gov.br/site/interna.php?p=material&tipo=Conteudos&cod=12>>. Acesso em 14 de novembro de 2009>. Acesso em 14 nov.2009.

MINUCHIN, P.; COLAPINTO, J.; MINUCHIN, S. **Trabalhando com famílias pobres**. Porto Alegre: ARTMED, 1999, P. 9-69.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M. et al. (orgs.) **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 20-26.

_____. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: **Capacitação em Serviço Social e política social**, módulo 04. O Trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais. Brasília: UnB, 2000.

MIOTO, R. S. T. ; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, Planejamento e Avaliação dos Assistentes Sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E (orgs.).**Serviço Social e Saúde**: São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MORAES. **A atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. In: Caderno de Texto nº. 07. Cress 12ª região. Florianópolis, 2007.

NORONHA, J. C. e SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. In: **Revista Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001, vol. 6, n. 2, p. 445-450.

OLIVEIRA, P. P de. **Plano de estágio curricular obrigatório II**. UFSC, 2008.

PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. et al. (orgs.) **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 25-42.

QUEIROZ, M. de S. **Representações sobre Saúde e Doença Agentes de Cura e Pacientes no Contexto do SUDS**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1991.

ROMANELLI, G. Autoridade e Poder na família. In: CARVALHO, M. C. B (org.). **A família Contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2000.

SARMENTO, H. B. de M. Repassando os instrumentais em Serviço Social. In: **Textos de Teoria e Prática de Serviço Social-Estágio Profissional em Serviço Social na UFPA**. Belém/PA: UFPA. 2005, p. 06-47.

SARRETA, F. O. de; ETO, F. Educação em saúde: construindo experiências na formação e na prática profissional. In: BERTANI, I. F; REZENDE, R. M (org.). **Conversas interessantes sobre saúde: Programa de Extensão QUAVISSS**. In: Franca: UNESP-FHDSS, 2007.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (orgs.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, Puc/SP, 2005. p. 21-36.

SCIELO. **Os agentes da enfermagem nas práticas sanitárias paulistas: o modelo bacteriológico a programação em saúde**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v2n2/v2n2a06.pdf>. > Acesso em: 12 set. 2009.

SCHWEDER, S. **Perfil sócio-econômico e de saúde dos familiares das crianças atendidas no setor de pediatria do Hu**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 1993.

SEMINÁRIO PARA OPERADORES DO DIRETO E PROFISSIONAIS DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: **Protegendo as mulheres da violência doméstica**. Brasília: [s.n.], 2008.

SILVA, R. M. da et al. **Plano de Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário**. UFSC, Florianópolis, 2001.

SOUZA, K. **Análise da prática profissional do trabalho do Serviço Social na Pediatria do Hospital Universitário**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2003.

SZYMANSKI, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. **Revista Serviço Social & Sociedade**, Nº 71. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 3ª.ed. São Paulo, Cortez, 2006.

VILALE, M. A. F. Famílias monoparentais: indagações. **Revista Serviço Social & Sociedade**, Nº 71. São Paulo: Cortez, 2002.

Universidade Federal de Santa Catarina. **Hospital Universitário**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/~plano2012/>>. Acesso em: 15 set. 2009.

Universidade Federal de Santa Catarina. **Hospital Universitário**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/~social/index.html>> Acesso em: 15 set. 2009.

WIKIPÉDIA. **Saúde Pública**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%BAde_p%C3%ABlica> Acesso em: 12 set. 2009.

ANEXOS



REGISTRO:	PACIENTE:	Idade:
ENTREVISTADO (A)	MOTIVO DA INTERNAÇÃO:	
	DATA DA INTERNAÇÃO:	
SITUAÇÃO DE TRABALHO E ECONÔMICA		
CONDIÇÕES HABITACIONAIS		
SITUAÇÃO FAMILIAR		
SITUAÇÃO ESCOLAR		
RECURSOS UTILIZADOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E LAZER		